

# LES JEUNES ENFANTS VICTIMES DE SÉVICES CORPORELS

---

THESE POUR OBTENIR  
LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE

*présentée et soutenue publiquement le 10 juin 1967*

---

PAR

DOMINIQUE RABOUILLE

---

MEMBRES DU JURY :

*Président* : NEIMANN, Professeur

|              |   |                                 |
|--------------|---|---------------------------------|
| <i>Juges</i> | { | PIERSON, Professeur sans chaire |
|              |   | MANCIAUX, Professeur agrégé     |
|              |   | TRIDON, Professeur agrégé       |

---

P A R I S  
IMPRIMERIE R. VANÇON  
77, rue du Cardinal-Lemoine (5<sup>e</sup>)

---

1968



Digitized by the Internet Archive  
in 2026





LES JEUNES ENFANTS  
VICTIMES DE SÉVICES CORPORELS

*La Faculté n'entend donner aucune approbation  
ni improbation aux opinions émises dans les  
thèses; ces opinions doivent être considérées  
comme propres à leurs auteurs.*

# LES JEUNES ENFANTS VICTIMES DE SÈVICES CORPORELS

---

THESE POUR OBTENIR  
LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE

*présentée et soutenue publiquement le 10 juin 1967*

PAR

DOMINIQUE RABOUILLE

---

MEMBRES DU JURY :

*Président :* NEIMANN, Professeur

*Juges* { PIERSON, Professeur sans chaire  
MANCIAUX, Professeur agrégé  
TRIDON, Professeur agrégé

---

P A R I S

IMPRIMERIE R. VANÇON

77, rue du Cardinal-Lemoine (5<sup>e</sup>)

---

1968



A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR NEIMANN

Professeur de Clinique de Pédiatrie et de Puériculture

*Vous nous avez fait le grand honneur de nous confier ce travail.*

*Vous nous avez appris à connaître et aimer l'enfant malade. Votre constant souci de le soulager nous a guidé tout au long de cette étude et nous a fait ressentir profondément le drame scandaleux de ceux qui souffrent par la cruauté des adultes.*

*Vous nous avez inspiré le sujet de notre thèse. Elle représente un faible témoignage de notre admiration et de notre reconnaissance.*

## A NOS JUGES

MONSIEUR LE PROFESSEUR PIERSON

Professeur sans chaire

*C'est sous votre direction que nous avons découvert la souffrance de l'enfant malade.*

*En témoignage de toute notre gratitude.*

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MANCIAUX

Maître de Conférence Agrégé de Pédiatrie et de Puériculture

*Vous nous avez guidé avec compétence et bienveillance pendant l'élaboration de ce travail. Vous nous avez fait partager votre idéal pour la pédiatrie sociale. En témoignage de notre reconnaissance et notre respectueuse amitié.*

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ TRIDON

Maître de Conférence Agrégé de Neurologie et de Psychiatrie

*Votre présence parmi nos juges nous honore particulièrement. Votre dévouement, et votre compétence nous sont un précieux exemple.*

*En témoignage de notre reconnaissance.*

A TOUS CEUX ET TOUTES CELLES QUI NOUS ONT AIDE  
ET CONSEILLÉ AU COURS DE CE TRAVAIL

*A TOUS LES ENFANTS VICTIMES DE SEVICES*



## PLAN

---

- HISTORIQUE.
- DÉFINITION ET LIMITES.
- ASPECTS MÉDICAUX.
- ASPECTS PSYCHOLOGIQUES ET SOCIAUX.
- SYNTHÈSE DES ASPECTS MÉDICO-SOCIAUX ET APPROCHE DES MOTIVATIONS.
- ASPECTS JURIDIQUES.
- SYNTHÈSE ET PERSPECTIVES.
- CONCLUSIONS.



## HISTORIQUE

---

Dans toutes les civilisations, des plus anciennes jusqu'à nos jours, la société a toujours porté intérêt à l'enfant; ce souci est d'ordre économique, politique et social et s'exerce au profit de la famille, de la tribu, de la cité ou de la nation selon les peuples et les époques. Il se concrétise soit en sa faveur, soit à son détriment.

En sa faveur : les Perses, les Egyptiens, les Hébreux voient dans l'enfant un don de Dieu, partant un être sacré, même s'il est porteur d'infirmités.

A son détriment : les lois d'Athènes et le droit romain jusqu'au III<sup>e</sup> siècle permettent au père de vendre son fils ou même de le tuer. L'enfant est un simple objet que l'on peut battre, abandonner, mettre à mort. L'Etat considère le corps et l'âme de chaque enfant comme lui appartenant, aussi veut-il façonner ce corps et cette âme pour en tirer le meilleur parti possible.

A cette époque donc, on constate un traitement rigoureux vis-à-vis des enfants normaux ou anormaux.

*« Etouffer les enfants monstrueux, noyer les difformes, ce n'est pas de la colère, mais de la raison. »*

(SÉNÈQUE.)

Cependant, en même temps que la *patria potestas* romaine perd son caractère de pouvoir absolu, on trouve dans le message du Christ les premières paroles bienveillantes à l'égard de l'enfance :

*« Laissez venir à moi les petits enfants. »*

(Evangile selon saint Marc, 10, 14.)

*« Quiconque accueille un de ces petits enfants  
à cause de mon nom, c'est moi qu'il  
accueille. »*

(Marc, 9, 37.)

Mais le droit romain garde tout son pouvoir et ne s'humanisera que progressivement.

Au II<sup>e</sup> siècle, les empereurs contraignent les chefs de famille à pourvoir à la nourriture et à l'entretien de leurs enfants (rescrits d'Antonin-le-Pieux et Marc-Aurèle).

Au IV<sup>e</sup> siècle, les édits de Constantin créent des asiles pour enfants abandonnés et prescrivent de verser des secours. Parallèlement à cette action des pouvoirs publics, l'Eglise crée dans les grands centres d'Europe des asiles pour enfants abandonnés. C'est le cas de l'orphelinat de Saint-Maguebodus à Angers.

Plus tard, Charlemagne favorise le développement de ces orphelinats (capitulaire de Mentoue).

Au XI<sup>e</sup> siècle, Guy de Montpellier crée les Hospitaliers du Saint-Esprit au service des enfants abandonnés.

François I<sup>er</sup> crée, en 1544, le « grand bureau des pauvres » et les ordres religieux organisent des œuvres en faveur des enfants. Mais, en fait, le manque de ressources et l'énorme mortalité dans les établissements créés, font que le sort de l'enfant est presque aussi dramatique que dans l'Antiquité.

Saint Vincent de Paul fonde, en 1648, l'hôpital des Enfants trouvés à Paris. Son action au profit des enfants abandonnés marque une étape importante. Il institue l'ordre des « Filles de la Charité », premières infirmières sociales qui prônent les placements familiaux. Il intéresse au sort des enfants la reine Anne d'Autriche, régente pendant la minorité de son fils Louis XIV. puis celui-ci consacre officiellement le succès de cette œuvre privée en la rattachant au bureau de l'Hôpital général et en fait ainsi un rouage officiel de l'Assistance Publique.

Jean Eudes crée vers la même époque l'ordre de Notre-Dame de Charité du refuge, qui sera le berceau des Institutions du Bon Pasteur.

En 1726, Zacchias étudie, pour la première fois, le problème médico-légal des sévices envers les enfants.

Au cours du XVIII<sup>e</sup> siècle, les écrivains et philosophes s'intéressent à l'enfance : Beaumarchais réforme l'hospitalisation des

enfants à Lyon et crée des œuvres destinées à aider les femmes pauvres à garder leurs enfants; Jean-Jacques Rousseau, dans « l'Emile » pose les bases d'une saine éducation.

Du point de vue légal, un arrêt de 1779 fait prendre en charge par le Trésor public les enfants abandonnés qui seront recueillis dans l'hôpital le plus proche.

La Convention, par la loi du 28 juin 1793, charge la Nation de l'éducation physique et morale des enfants abandonnés, mais cela reste à l'état de vœux, faute d'argent. Toutes ces initiatives sont assez théoriques et ne semblent pas traduire, dans l'opinion publique, un souci réel d'amélioration du sort de l'enfant. Par exemple, 17 enfants de moins de 18 ans seront guillotins à cette époque.

Au XIX<sup>e</sup> siècle, les prises de position du législateur, concrétisées par de nombreuses lois, et la multiplication des initiatives privées, alertent progressivement l'opinion publique en faveur de l'enfance.

Le 17 octobre 1801 (25 vendémiaire an X), un décret met à la charge du département les dépenses relatives à l'enfance abandonnée, obligation qui subsiste encore de nos jours.

Le 19 janvier 1811 un nouveau décret répartit les dépenses en faveur de l'enfance, et Napoléon crée les « Enfants de la Patrie ».

Il est à signaler, cependant, que le Code pénal de 1810 a tout ignoré des problèmes particuliers à l'enfance.

Quand au Code civil initial, il ne reconnaissait de droits à l'enfant mineur que quand il s'agissait de la protection de ses intérêts patrimoniaux. Pour ce qui était de sa personne, l'enfant devait s'incliner devant la volonté de ses parents qui, s'ils estimaient avoir des sujets de mécontentement très graves, pouvaient même requérir son emprisonnement, survivance des célèbres lettres de cachet.

Vers 1815, le pasteur Oberlin crée les premières crèches dans les Vosges.

Cependant, l'essor de l'industrie entraîne la mise au travail d'enfants très jeunes. Ils assurent des tâches incompatibles avec leurs possibilités physiques et ils sont soumis à des horaires de travail effrayants. Ceci, sans que l'opinion ou les pouvoirs publics en soient même conscients puisque, en 1834, Sadler, député anglais, stupéfié la Chambre des Communes en brandissant un fouet fait de plusieurs courroies lourdes et noires, attachées à une espèce de bâton et servant à battre les jeunes apprentis travaillant dans les mines. Il déclare :

« Pour tenir les enfants éveillés et stimuler leurs efforts, on emploie des moyens qui sont contraires à tous les sentiments d'humanité et qui montrent le système de dégradation à laquelle les ouvriers de ces fabriques sont réduits. On aura peine à croire que l'on frappe les enfants avec des fouets faits exprès pour cet usage. »

A la suite de l'enquête de Villermé, vers 1840, sur le travail des enfants et des femmes, la loi du 22 mars 1841 réglemente d'une façon plus humaine le travail des enfants : elle interdit l'emploi dans les usines des enfants de moins de 8 ans et limite à 12 heures par jour le travail des enfants de 8 à 12 ans. La loi du 19 mai 1874 interdit le travail des enfants dans les mines.

En 1875 est fondée « la Société de patronage de l'enfance coupable et malheureuse », ancêtre des Associations de sauvegarde. La terminologie adoptée indique clairement l'esprit paternaliste avec lequel on s'intéressait à l'enfance à cette époque.

Quant aux mauvais traitements proprement dits, il faut attendre les travaux de Tardieu en 1879 pour que la question des sévices envers les enfants soit soulevée de façon précise. Son « Etude médico-légale des blessures » ouvre une nouvelle voie dans l'intérêt porté aux enfants. Mais c'est seulement le 24 juillet 1889 qu'est promulguée une loi sur la protection des enfants maltraités ou moralement abandonnés. Elle prévoit, comme cause de déchéance paternelle, le fait pour les parents de compromettre la santé, la sécurité, la moralité ou l'éducation de leurs enfants par de mauvais traitements, des exemples pernicioeux d'ivrognerie habituelle ou d'inconduite notoire, par un défaut de soins ou un manque de direction nécessaire.

A la fin du XIX<sup>e</sup> siècle c'est une loi du 19 avril 1898 qui, pour la première fois, a fait, des coups à enfants, un délit spécial. Elle prévoit une aggravation de peine si le délit est commis par les parents ou les personnes ayant la garde de l'enfant. Les éléments de ce délit spécial sont les suivants :

- 1) âge de la victime (moins de 15 ans) ;
- 2) coups ou privations volontaires d'aliments ou de soins ;
- 3) intention délictueuse.

La protection de l'enfance maltraitée ou abandonnée reste, au XX<sup>e</sup> siècle, un problème majeur. Il va préoccuper progressivement,

mais par à-coups les esprits tant sur le plan de l'opinion publique que sur le plan médical et juridique.

La loi du 22 juillet 1912 institue en France les tribunaux pour enfants. La guerre de 1914-1918 stoppe les projets. Il faut donc attendre en 1929, au XIV<sup>e</sup> Congrès de Médecine légale, le rapport de P. PARISOT et L. CAUSSADE sur « les sévices envers les enfants » qui, après une étude médico-légale, réclame une réforme des articles 312, 331, 333 du Code pénal.

Du point de vue privé, Alexis DANAN, un journaliste prend la défense de l'enfance malheureuse et crée, en 1936, le premier comité de vigilance. Petit à petit, ces comités s'implantent dans de nombreuses villes. Ils sont formés de personnes bénévoles qui se consacrent au dépistage des enfants battus et veillent au déclenchement de mesures judiciaires en vue de protéger rapidement et efficacement les victimes.

Un décret-loi du 30 octobre 1935 prévoit des mesures de surveillance ou d'assistance éducative quand l'attitude des parents peut mettre en cause la santé, la sécurité ou la moralité des enfants.

En juin 1936 est créé un secrétariat d'Etat à la protection de l'Enfance qui présente un projet de réforme des services de l'Aide Sociale à l'enfance. Celui-ci est repris pendant la deuxième guerre mondiale pour aboutir à la loi du 15 avril 1943 qui régit le service de l'Aide Sociale à l'enfance. C'est à cette date que sont créées les associations régionales pour la sauvegarde de l'enfance et de l'adolescence dans le but de coordonner les actions publiques et privées. Par ailleurs, dès cette époque, les tribunaux pour enfants ont été obligatoirement composés de magistrats spécialisés.

La deuxième guerre mondiale ayant amené une recrudescence du nombre des enfants malheureux, fait caractéristique des périodes troublées (carences alimentaires, orphelins, soins défectueux) trois ordonnances sont prises en faveur de l'enfance dans la seule année 1945.

Le 2 février : institution des juges des enfants et des tribunaux pour enfants.

Le 25 juin : une ordonnance rend obligatoire la révélation de certaines infractions, mais la portée de l'article 62 du Code pénal est limitée à la révélation des seuls crimes, sauf pour parents et alliés des auteurs.

Le 1<sup>er</sup> septembre, une ordonnance régit le droit de correction paternelle (art. 375 à 382 du Code civil).

Le statut de la Protection maternelle et infantile est promulgué en novembre de cette même année.

Tout cet ensemble législatif constitue une amélioration notable, pour la protection de l'enfance malheureuse.

Cependant, les affaires judiciaires concernant les sévices envers les enfants se multiplient et la répression prévue par la loi du 19 avril 1898 se révèle insuffisante. Aussi, une nouvelle loi est votée le 13 avril 1954 contre les bourreaux d'enfants. Elle a un double objet : d'une part, elle renforce les pénalités anciennes, même dans l'ordre correctionnel (al. 6 et 7 de l'art. 312 du Code pénal) et d'autre part, dans le cas de poursuite des mineurs, elle exclut les parents du coupable du bénéfice de l'excuse absolutoire qui est d'ordinaire accordée aux non-dénonciateurs parents et alliés de ce coupable (art. 62, al. 2 du Code pénal. Nouvelle rédaction).

Malgré toutes ces lois, accompagnées d'initiatives privées intéressantes, le sort des enfants malheureux reste toujours préoccupant et un nouveau pas est fait par la promulgation de l'ordonnance du 23 décembre 1958.

L'heureuse originalité de cette loi est de confier à un seul juge — le juge des enfants — le soin d'intervenir rapidement à l'aide d'une procédure souple en faveur de tout enfant dont la santé, la sécurité, la moralité ou l'éducation sont compromises. En second lieu, cette ordonnance réforme complètement l'Assistance éducative et harmonise les moyens juridiques de protection de l'enfance en danger. En 1959, un complément de législation survient avec l'ordonnance du 5 janvier 1959 qui, dans son article 10, vise le secret professionnel des Assistantes Sociales; puis la prévention sociale des sévices est prévue par le décret du 7-1-59 qui détermine le rôle des services de la population dans cette action préventive et les lignes directrices d'une organisation à l'échelon départemental; ce texte prévoit enfin la création d'un conseil de protection de l'enfance près du préfet, disposition qui semble être restée lettre morte pour des raisons qui échappent.

Sur le plan international, le problème de la protection de l'enfance amène l'Assemblée générale des Nations Unies à adopter, le 20 novembre 1959, une déclaration dite : déclaration des Droits de l'enfant.

Enfin, le dernier texte législatif français à signaler est le décret du 3 septembre 1964. Il charge les Assistantes Sociales de surveiller certains foyers exposés.

Malgré tous ces textes et de nombreuses initiatives privées, une protection efficace des enfants est encore loin d'être réalisée et de nouveaux projets de loi présentés ces derniers mois sur cette question en témoignent. Mme THOME-PATENOTRE, député de la Seine-et-Oise, dépose un projet de loi en vue de la défense de l'enfance martyre et M. VIVIEN, député de Paris, en présente un autre visant à stériliser les parents ayant commis des crimes ou des délits à l'égard de leurs enfants.



## DEFINITION ET LIMITES

---

Les sévices envers les enfants paraissent correspondre à un sujet clairement délimité et aux frontières bien tranchées.

En fait, il n'en est rien et, tout au long de ce travail, nous nous sommes trouvé dans l'obligation de nous restreindre parfois ou d'empiéter, souvent par la force des choses, sur de nombreux autres domaines.

Les sévices envers les enfants en effet, malgré leur gravité, ne représentent souvent qu'un facteur parmi de nombreux autres des misères de l'enfance...

Il nous paraît donc nécessaire de poser une définition stricte de notre étude.

### I. — ENFANTS EN CAUSE

AGE : Il n'existe pas d'âge plus favorable aux sévices, mais nous nous sommes volontairement limités aux enfants de 0 à 6-7 ans. C'est-à-dire aux enfants habituellement non encore scolarisés, ne pouvant offrir aucune réaction de sauvegarde, d'auto-défense et de résistance vis-à-vis des auteurs de mauvais traitements. De plus, jusqu'à cet âge, il est très difficile à un enfant de demander secours et, de toute manière, ses révélations sont toujours extrêmement sujettes à caution et variables.

*Obs. non retenue.*

Chantal D..., 5 ans, déclare être battue par sa mère ; lorsque l'Assistante Sociale veut la placer, l'enfant revient sur ses déclarations et ne veut plus quitter sa mère.

Nous reconnaissons que la tranche d'âge choisie a, malgré tout, des limites arbitraires et aussi le gros inconvénient, au point de vue juridique, de ne pas correspondre aux tranches retenues par la justice qui fixe l'âge extrême à 15 ans. Cet âge lui-même ne correspond en fait à aucune particularité bien précise puisque l'argument de fin de scolarité et de début d'apprentissage ne peut plus être invoqué maintenant.

La catégorie d'âge de 0 à 6 ans correspond donc à la situation d'enfants en milieu familial exclusif et sans influence extérieure.

## II. — RELATION AVEC L'AUTEUR DU SEVICE AUTEURS EN CAUSE

Nous n'avons retenu comme auteurs de sévices que les parents ou les personnes en tenant lieu au sens large du terme, nourricier et affectif :

- père et mère,
- parents adoptifs,
- beau-père et belle-mère — concubin,
- nourrices,
- éventuellement, grands-parents, oncles et tantes.

Il est important de préciser en outre que, du point de vue médical, nous ne tenons pas compte des liens juridiques existant entre l'enfant et l'auteur des sévices, mais des relations réelles de cohabitation affectives, nourricières. Nous ne parlerons donc pas des mauvais traitements infligés en milieux institutionnels (orphelinats, centres de placement, crèches), ou scolaires : le contexte social et psychologique en étant très différent. on a éliminé ainsi, en considérant le problème des sévices à enfants :

- les instituteurs,
- les camarades plus âgés,
- les infirmières, gardiens, monitrices, éducateurs.

## III. — LES SEVICES

### A. — Nature.

Malgré la clarté apparente du terme, il nous apparaît essentiel de le définir aussi. En effet, on rencontre ici des faits extrêmement

disparates. Nous retiendrons les sévices dont *la nature* est la suivante :

#### 1° BLESSURES ET COUPS DE TOUS ORDRES.

Violences ou voies de fait.

Cela comporte tous les sévices physiques imaginables : coups portés à mains nues, ou à l'aide d'objets de toutes sortes (bâton, fouet, lanières, etc.), projection des enfants contre le sol ou un mur, brûlures par tisons ou cigarettes, etc.

Mais par sévices nous entendons aussi les menaces (menace avec revolver par exemple), sans qu'atteinte ait été portée à la personne physique elle-même : la violence étant suffisamment caractérisée par un geste ou une attitude de nature à impressionner une personne raisonnable (Crim., 16-12-1953, D. 1954.129).

#### 2° PRIVATION D'ALIMENTS OU DE SOINS QUAND CETTE PRIVATION COMPROMET LA SANTÉ DE L'ENFANT.

(Art. 312, Code pénal.)

Cette définition est assez complexe et demande à être quelque peu développée.

##### *Du point de vue médical.*

Il s'avère parfois difficile, hormis les cas extrêmes, de porter une appréciation, la restriction de nourriture pouvant n'avoir que des répercussions lointaines. Quant au manque de soins, son appréciation se heurte à plus de difficultés encore : par exemple, un enfant négligé sur le plan de l'hygiène, très sale, jouant dans la rue et manifestement livré à lui-même, pourra ne souffrir que peu ou pas du tout de cet état de fait. Au contraire, un enfant très propre apparemment entouré de soins attentifs et qu'on laisse continuellement confiné dans une pièce risque de pâtir gravement de cet état de choses.

##### *Du point de vue social.*

La santé physique peut être compromise par l'hygiène et l'alimentation défectueuses, par un logement malsain. Elle peut l'être aussi par l'omission des soins spéciaux que nécessite un état maladif, aigu ou chronique, une infirmité, une impotence ou une déficience sérieuse. La santé peut être également compromise par la

privation non seulement de soins et médicaments proprement dits, mais d'une cure (aérium, sanatorium, station thermale, etc.), ou d'une rééducation fonctionnelle (après poliomyélite, accident...) : on prend aussi en considération le danger créé pour la santé de l'enfant par le refus de l'isoler ou de l'éloigner d'un foyer de contamination.

Il ne semble également pas déraisonnable de considérer que le défaut volontaire de vaccination puisse être considéré dans certains cas comme un sévice.

Toutefois, dans l'appréciation de cette carence de soins, il faut tenir compte du milieu social de la famille, et des habitudes de vie inhérentes à ce milieu. Faire abstraction de ces données entraînerait à sacrifier, au profit par exemple d'une meilleure hygiène, un équilibre affectif d'une valeur bien plus importante pour l'épanouissement de l'enfant.

Il n'est pas question, en effet, de sanctionner systématiquement la saleté légendaire des chiffonniers de la zone ou la promiscuité des nomades, ni l'entassement malsain provoqué par la pénurie de logement. Mais si les parents refusent ou s'abstiennent de porter remède à une situation reconnue dangereuse, alors qu'ils auraient les moyens de le faire, leur responsabilité nous paraît engagée et justifie poursuite.

#### *Du point de vue juridique.*

L'article 312 du Code pénal, dans sa rédaction primitive (loi du 13 mai 1863), prévoyait la répression des violences et voies de fait : l'interprétation de ces 2 termes avait alors donné lieu à des difficultés. Quand il était certain qu'aucune violence ou voie de fait, au sens vulgaire du mot, n'avait été exercée, et que l'on relevait seulement des omissions (défaut de soins, de surveillance, de mesures d'assainissement de l'hygiène), pouvait-on considérer, en droit, ces faits négatifs comme des éléments constitutifs des violences ? Autrement dit, la violence prévue par l'article 312 devait-elle être toujours un fait de commission ou pouvait-elle résulter d'une simple omission ?

Pour mieux assurer la protection de l'enfance, la loi du 19 avril 1898 a élargi la notion de coups et blessures envers les enfants et a prévu expressément la répression de la privation volontaire d'aliments et de soins.

Le champ d'application de la loi était strictement limité aux mineurs de 15 ans. Ainsi, dans une affaire Marcel MONIER-minis-

tère public, le tribunal correctionnel avait affirmé que le fait d'avoir laissé pendant plusieurs années une aliénée dans une chambre sans air et sans lumière, sur un grabat d'une indicible malpropreté, constituait le délit de violence et voie de fait. Mais cette interprétation a été ensuite repoussée par l'arrêt de la cour d'appel de Poitiers en date du 20 novembre 1901, qui précise que si la loi du 19 avril 1898 punit le fait de priver un mineur de 15 ans des aliments ou des soins qui lui étaient dus, au point de compromettre sa santé, la protection de cette loi n'a pas été étendue aux autres incapables, notamment aux aliénés. Donc, pour les personnes autres que les mineurs de 15 ans, le défaut n'est pas assimilé à une violence ou voie de fait.

Nous pouvons noter à ce sujet qu'il est regrettable que la disposition précitée de la loi de 1898 ne vise pas aussi les aliénés, ce qui s'explique d'autant moins qu'un autre passage de la même loi (repris par l'art. 349 du Code pénal) et concernant l'abandon dans un lieu solitaire, s'applique à la fois aux enfants et aux incapables.

### 3° ABSTENTION DE PORTER SECOURS OU DE SOIGNER.

Le Code pénal ne distingue pas entre la cause ou la nature du péril auquel la personne à secourir est exposée; la loi exige seulement que le péril, de quelque événement qu'il résulte, soit imminent et constant et nécessite une intervention immédiate (Crim., 31-5-1949, D. 1949.347).

Du point de vue médical, là encore, l'appréciation des faits se heurtera bien souvent à des difficultés très grandes car il existe un hiatus entre la gravité des faits et la conception que s'en font les parents; l'appréciation par les parents de l'état médical d'un enfant peut compromettre gravement la santé de celui-ci par simple négligence ou ignorance. Par exemple, un enfant dans le coma est considéré comme simplement endormi et le médecin n'est pas consulté. De même la sortie d'un enfant, contre avis médical, peut mettre sa vie en danger.

On peut également considérer comme sévices le fait d'accabler l'enfant de tâches au-dessus de ses forces et qui peuvent avoir des conséquences physiquement graves.

### ON ELIMINE

1) Le viol et l'attentat à la pudeur qui sont certes en général des sévices très graves, mais qui relèvent d'une pathologie très

spéciale. De toute façon, la distinction avec les sévices est générale et le Code pénal en particulier en fait un chapitre spécial (art. 331 et suiv.). Il s'agit de plus, habituellement, d'enfants plus grands ayant dépassé l'âge de 7 ans.

2) Les agissements poussant au vagabondage ou à la mendicité : ceux-ci constituent un délit spécial puni par la loi du 7 décembre 1874, les articles 274 et suivants du Code pénal et les articles 61 et 168, Livre II du Code du travail.

Il est évident que si les enfants reçoivent des coups et blessures pour les forcer au vagabondage et à la mendicité, les parents seront poursuivis au premier chef pour sévices envers enfants.

## B. — Caractère des sévices.

Les sévices peuvent revêtir des caractères de gravité bien différente depuis les plus bénins jusqu'aux plus graves pouvant entraîner la mort.

Il convient donc d'essayer de définir la limite « inférieure » du sévice. C'est-à-dire la notion de sévice léger, de correction banale.

En effet, il est d'observation courante de dire que tous les enfants sont « battus » au sens littéral du terme, sans que pour autant ils soient tous victimes de sévices.

Le droit de correction est un attribut incontestable et indiscuté de la puissance paternelle.

## DU POINT DE VUE LÉGAL.

Les mesures répressives prises par le père vis-à-vis de son enfant, en vertu de son droit de correction domestique, échappent à toute répression pénale lorsque le père a agi sans méchanceté et de bonne foi et s'est vu dans la nécessité de recourir à un mode de correction en rapport avec la nature, la gravité et la persistance de l'inconduite de l'enfant (cour d'appel de Pau. 25-3-1900. D.P. 1901.2.430).

Ainsi, le père de l'enfant qui ne tient aucun compte des réprimandes, des menaces ni des châtiments, qui s'enfuit sans cesse du domicile paternel pour vagabonder et commettre des vols dont les victimes ont dû être indemnisées, peut prendre, à l'égard de cet enfant, pour le mettre dans l'impossibilité matérielle de renou-

veler ses méfaits, des mesures correctives particulièrement rigoureuses.

Spécialement, un père ne saurait être poursuivi en vertu de l'article 311 du Code pénal pour avoir un jour attaché à une chaise son fils âgé de 14 ans et pour l'avoir en outre, dans deux circonstances, laissé pendant une heure les bras tendus le long d'un bâton fixé devant sa poitrine... alors qu'il n'en est résulté pour l'enfant ni traces de coups et blessures, ni le moindre dommage.

Par contre, le fait d'enfermer un enfant infirme et rachitique dans une pièce obscure, de le faire coucher sur un lit de feuilles sèches, et de lui donner une nourriture insuffisante excède le droit de correction et constitue le délit de violences et voies de fait prévu par l'article 311 du Code pénal (Cour de Nîmes, 31-1-1879).

La loi de 1898 n'a porté aucune atteinte au droit de correction paternelle. Ce dernier point résulte formellement du rapport de M. BÉRENGER au Sénat : « Nous proposons au Sénat de remplacer les mots "exercé des violences quelconques" par ces expressions "fait des blessures ou porté des coups"; nous éviterons ainsi de soulever inutilement la délicate question du droit de correction qui doit rester l'un des attributs incontestables de la puissance paternelle ou de ses délégations » (D.P. 98.443).

L'appréciation des dommages physiques qui résultent de l'exercice du droit de correction paternelle nécessite donc un rapprochement entre les coups et l'intention. M. de FOLLEVILLE de BIVOREL a même pu déclarer dans un rapport au Sénat au sujet de la loi princeps de 1898 que « cette loi visait les parents barbares et dénaturés et qu'elle ne saurait atteindre les parents ou tuteurs coupables de simples vivacités, quelque regrettables qu'elles puissent être » (D.P. 1898.443, n° 4).

On conçoit aisément que si, vis-à-vis des parents, la position du législateur est claire, les conséquences de ces « vivacités » pour l'enfant sont plus ou moins graves et d'appréciation humaine et médicale beaucoup plus complexe.

Il existe une différence théorique nette entre les coups donnés à un enfant en vertu du droit de correction et les sévices punis par la loi. De même, la loi distingue des pénalités différentes selon :

- 1° que les violences ou privations compromettent la santé; ou
- 2° que les violences ou privations entraînent une maladie ou une incapacité de travail de plus de 20 jours; ou

- 3° que les violences ou privations ont été suivies de mutilation ou d'amputation ou de privation de l'usage d'un membre ou d'autres infirmités permanentes; ou
- 4° que les violences ou privations ont entraîné la mort sans intention de la donner; ou
- 5° que les violences ou privations ont été pratiquées avec l'intention de provoquer la mort; ou enfin
- 6° qu'*habituellement* pratiquées, elles ont entraîné la mort même sans intention de la donner.

Mais on conçoit que, du point de vue médical, la séquelle du coup donné en vertu du droit de correction peut être aussi grave, sinon plus, et compromettre autant la santé, que la première catégorie de sévices punis par la loi.

Donc, discordance entre juristes et médecins, et difficulté extrême d'appréciation exacte de la correction banale.

#### DU POINT DE VUE MÉDICO-SOCIAL.

L'habitude et les faits constatés conduisent à distinguer d'une façon assez floue, mais correspondant cependant assez bien à la réalité, les entités suivantes :

##### — *Enfants « mal aimés ».*

Il s'agit d'enfants qui ne présentent aucun sévice physique, mais qui semblent rejetés, de façon consciente ou inconsciente, par les parents. Ils sont en général bien tenus et ce sont les progrès moteurs, l'ouverture psychique et le développement psychologique observé lors de l'hospitalisation qui font porter le diagnostic *a posteriori*. Ces enfants peuvent développer une encéphalopathie par carence affective.

##### — *Enfants « négligés ».*

Il s'agit ici d'enfants dont l'aspect physique est éloquent, enfants sales, portant des vêtements douteux, ayant des lésions cutanées dues à la négligence des parents : erythème fessier, pyodermite de grattage surinfectée, piqûres de puces. Ces enfants peuvent, par ailleurs, être aimés d'une manière normale par leurs parents. Cependant, des conséquences physiques peuvent en découler : affections cutanées, retard psychomoteur.

— Enfants « maltraités » ou « battus ».

(Expressions redécouvertes par les anglo-saxons.)

Ces enfants victimes de sévices ou martyrs, sont ceux qui retiendront notre attention dans cette étude et nous en étudierons au fur et à mesure les caractéristiques médicales et sociales.

C. — Fréquence.

Le sévice s'entend en général par une « véritable habitude de faire souffrir » et comporte donc une notion de répétition et de continuité dans le martyre de l'enfant. Cette répétition des mauvais traitements est de la plus haute importance, puisqu'elle pourra entraîner des conséquences graves. Il existera une véritable potentialisation des coups, même bénins, administrés jour après jour, pouvant amener un « état maladif chronique » pour l'enfant, même s'il n'est que légèrement atteint à chaque fois. Soit que les coups donnés à des endroits différents du corps créent un affaiblissement par leur nombre, soit que portés toujours au même endroit ils aboutissent à une lésion locale plus grave. Cette notion peut permettre, à notre avis, de distinguer entre « sévice » et « correction ». Certains parents franchissent parfois, sans s'en rendre compte, le seuil de leurs droits au point que l'enfant régulièrement « corrigé » devient un enfant « battu » avec toutes les conséquences psychologiques graves qui en résultent.

Cette notion d'habitude, qui nous semble très importante du point de vue médical, n'a été retenue par la loi de 1954 comme une circonstance aggravante, que dans les cas où les coups ont entraîné la mort.

Inversement, il peut y avoir notion de sévice unique et celui-ci peut avoir, à lui seul, des conséquences sérieuses. Ce sévice unique grave sera d'ailleurs beaucoup plus facilement diagnostiqué du point de vue médical, que des coups plus inapparents donnés à répétition.

Par exemple : le médecin consulté pour une fracture d'un membre dont les circonstances étiologiques lui semblent suspectes, aura son attention d'emblée attirée, alors qu'il pourra méconnaître l'origine véritable d'ecchymoses ou de traces cutanées chez un enfant connu comme habituellement malingre et maladif.

## D. — Intention.

Plusieurs possibilités peuvent se présenter :

- 1) le sévice est d'ordinaire *volontaire*,
- 2) il peut être parfois involontaire ou accidentel,
- 3) il peut être commis par négligence ou par omission,
- 4) dans le cas de défaut de soins, il peut être commis par conviction religieuse.

Le premier point ne soulève pas de problème spécial, mais les suivants mériteront discussion.

Par exemple : un sévice accidentel (personne ayant laissé tomber son enfant par inadvertance) qui sera avoué honnêtement au médecin, sera considéré avec indulgence et compréhension par celui-ci, alors que le même fait nié à l'interrogatoire, entraînera une suspicion inévitable de la part du praticien, qui pourra éventuellement pousser plus loin l'affaire du point de vue socio-judiciaire.

Un des sévices involontaires, le plus spectaculaire assez fréquent par les périodes chaudes, est le fait de laisser seul dans une voiture automobile fermée et au soleil un enfant qui se trouve ainsi en danger grave d'insolation.

C'est, finalement, sur une appréciation purement psychologique, aidée éventuellement du contexte social, que le médecin sera amené à décider, en conscience, l'indulgence ou la décision de poursuite judiciaire.

### *Synthèse.*

Pour résumer tous les points de définition précédents, nous envisagerons dans ce travail :

- Les coups, blessures ou privations  
habituels ou isolés,  
niés ou avoués.
- Donnés à des enfants de 0 à 6 ans.
- Compromettant leur santé.
- Dans l'intention de faire souffrir, par négligence grave ou par inconscience.
- Par des parents ou personnes chargés de la puissance paternelle ou ayant des relations habituelles avec l'enfant, quel que soit le lien juridique.

## ASPECTS MEDICAUX

### INTRODUCTION

---

Le point de départ de nos observations fut essentiellement clinique : c'est à partir de constatations médicales recueillies à la Clinique de Pédiatrie et de Puériculture de Nancy que nous avons entrepris ce travail. Cependant, au fur et à mesure de nos investigations, nous avons élargi nos sources d'informations et nous avons également recueilli des observations à la Clinique Chirurgicale Infantile et au Foyer de l'Aide Sociale à l'Enfance de Meurthe-et-Moselle.

Mais il s'est avéré que, pour être exploitables, nos observations devaient comporter conjointement une description clinique, la plus rigoureuse et la plus complète possible, et des renseignements précis sur le contexte social et juridique.

Malheureusement, certaines observations médicales ne contiennent pas les renseignements socio-juridiques indispensables à une étude correcte : nous avons donc dû les exclure.

Par ailleurs, nous n'avons pu retrouver, dans les archives, un certain nombre de dossiers d'enfants victimes de sévices; égarés ou classés sous des rubriques diverses, on ne pouvait les répertorier facilement : par exemple, nous n'avons pu recenser et trier des rubriques importantes comme « fractures » ou « purpuras » dans lesquelles se trouvent certainement des observations concernant des enfants martyrs.

A l'inverse, nos recherches dans les archives du Centre Régional de Lorraine pour l'Enfance et l'Adolescence Inadaptées et au greffe du Tribunal civil de Nancy nous ont permis d'obtenir, dans un certain nombre de cas, des compléments d'information intéressants et même parfois de reconstituer une description clinique satisfaisante. Nous avons pu ajouter ainsi plusieurs dossiers à ceux que nous possédions au départ.

Quelques observations sont antérieures à 1959. Mais la grande majorité se situe dans la période s'étendant de 1959 à 1966.

Nous avons recueilli et étudié environ cent dossiers mais nous n'en avons retenu que 79, concernant des sévices physiques certains.

Les remarques précédentes montrent bien que ce chiffre n'a aucune valeur statistique et ne préjuge en rien du nombre réel des enfants qui ont été maltraités physiquement durant cette période, dans notre région.

D'ailleurs, tous les auteurs qui ont tenté d'évaluer la fréquence des sévices se heurtent à des difficultés majeures.

FONTANA, à ce propos, imagine l'iceberg immergé comme le symbole dramatique de la véritable incidence du problème des mauvais traitements.

A titre d'exemple, nous donnons les chiffres indicatifs suivants :

Nombre annuel de cas d'enfants victimes de sévices corporels détectés ou observés ces dernières années :

|                                                                                   |         |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------|
| — Au Centre Hospitalier de Nancy .....                                            | 4 à 8   |
| — Au foyer d'Aide Sociale à l'Enfance de<br>Meurthe-et-Moselle .....              | 10 à 12 |
| — Au Centre Régional de Lorraine pour<br>l'Enfance et l'Adolescence inadaptées .. | 8 à 10  |
| — Au greffe du Tribunal de Nancy .....                                            | 4 à 6   |
| — Dans la Presse régionale ( <i>Est-Républicain</i> ) .....                       | 10 à 12 |
| — A la brigade des Mineurs .....                                                  | 1 à 2   |

Nos observations concernent, en grande partie, des enfants admis au Centre Hospitalier de Nancy. De ce fait, nous nous sommes heurtés à une difficulté géographique : les enfants hospitalisés à Nancy proviennent de toute la région Lorraine. Mais, l'organisation sociale et juridique étant départementale, le cloisonnement administratif nous a souvent empêché de compléter nos investi-

nombre  
de cas

28

14

10

9

8



NOMBRE DE CAS  
SELON L' AGE

52 cas

26 cas

2 ans

3 ans

4 ans

5 ans

6 ans

tableau n° 1

age

gations dans ces domaines. Pour les mêmes raisons, nous ignorons souvent ce qu'ils sont devenus. Nous noterons, à ce propos, que le lieu d'habitation de l'enfant victime peut favoriser ou défavoriser le dépistage; ceci en fonction du nombre des médecins traitants, de l'activité des Centres Hospitaliers, de l'implantation des consultations de nourrissons, de la présence ou l'absence d'assistante sociale, de l'étendue de leur circonscription, de l'implantation ou non de comités de vigilance.

Un résumé succinct de nos 79 observations figure dans les tableaux annexés à la fin de cet ouvrage. Nous étudierons en détail, les plus caractéristiques, à chaque paragraphe, les concernant.

Le tableau n° 1 indique la fréquence des sévices en fonction de l'âge. L'on constate ainsi que dans 52 cas l'enfant est âgé de 3 ans ou moins, dans 26 cas seulement de 3 à 6 ans. Nous n'avons pas mentionné l'observation n° 71, gardée à titre exceptionnel puisque l'enfant est âgé de 11 ans.

On remarque l'atteinte préférentielle de l'enfant en dessous de 3 ans : cette période représente 66 % de nos cas. Cela concorde avec les constatations faites par FONTANA, KEMPE et BARWIN aux Etats-Unis. Cet âge correspond chez l'enfant à une incapacité totale de se défendre ou de se plaindre à autrui. De plus, son milieu de vie est exclusivement familial.

Au-dessus de 3 ans, la proportion de cas par année d'âge est sensiblement égale.

Nos observations concernent 49 garçons et 30 filles, soit respectivement 63,2 % et 36,8 %. Nous ne pensons pas que cette différence soit très significative mais une prédominance du nombre des garçons sur le nombre des filles se retrouve souvent. Cela tient vraisemblablement au fait que les garçons sont moins pitoyables et ont un caractère plus dur que les filles.

Dans 76 observations, nous avons pu noter le nombre d'enfants composant la famille.

Dans 53 cas, un seul des enfants est battu.

Dans 10 cas, deux enfants sont maltraités.

Dans 1 cas, trois enfants le sont.

Nous relevons donc dans 33 cas une famille de 1 à 3 enfants et dans 43 cas une famille de 4 à 8 enfants — soit, pour 64 familles, une proportion de 67,3 % de cas de familles nombreuses ou très nombreuses. Pour la région Lorraine, les statistiques de l'I.N.S.E.E.

établies en 1962 donnent pour l'ensemble des familles avec enfants 15,8 % de familles de 4 enfants et plus. Notre pourcentage est donc particulièrement élevé et il est lié au contexte social de la famille étudié au chapitre suivant.

| NOM,RE D'ENFANTS<br>COMPOSANT LA FAMILLE | NOMBRE<br>DE FAMILLES | NOMBRE DE FRÈRES<br>OU SŒURS MALTRAITÉS |
|------------------------------------------|-----------------------|-----------------------------------------|
| 1                                        | 3                     |                                         |
| 2                                        | 14                    | 1 fois 2                                |
| 3                                        | 12                    | 1 fois 2<br>1 fois 3                    |
| 4                                        | 10                    | 4 fois 2                                |
| 5                                        | 8                     | 1 fois 2                                |
|                                          | 1                     |                                         |
| 7                                        | 8                     |                                         |
| 8                                        | 8                     | 3 fois 2                                |

*Tableau concernant le nombre d'enfants  
composant la famille.*

Nous n'avons malheureusement pas pu noter valablement l'origine, par départements, et les conditions d'habitat. urbain ou rural, des enfants entrant dans nos observations.

La situation juridique des familles, au moment où les sévices ont été décelés, est souvent perturbée. Nous avons pu ainsi relever :

- un concubinage dans 7 cas,
- un divorce, une instance de divorce, un remariage de parents divorcés dans 9 cas,
- une mère célibataire dans 5 cas.

Il est cependant difficile d'analyser clairement ces faits car nos observations hospitalières ne comportent, le plus souvent, que la situation parentale au moment de l'hospitalisation et la date de naissance de l'enfant. Nous ne savons pas, dans la plupart des cas, la situation juridique réelle des parents ni la date éventuelle du mariage. Nous ne pouvons donc pas connaître l'illégitimité ou non de l'enfant. Enfin, la complexité de la situation de ces familles est

rarement explicitée : ainsi, ne sont pas notés, par exemple, la situation d'une mère célibataire qui s'est mariée ensuite ou d'une divorcée qui vit en concubinage.

Les lésions cliniques présentées par les enfants victimes sont diversement associées et l'on note :

- des lésions des téguments dans 52 cas,
- des fractures dans 24 cas,
- des hématomes sous-duraux dans 14 cas,
- une hypotrophie et un rachitisme sévères dans 10 cas,
- des lésions diverses (ostéite, carences, alopecie, etc.) dans 8 cas.

Après cette rapide présentation de notre matériel d'étude, nous allons analyser des lésions rencontrées, puis nous tenterons une synthèse des différents tableaux cliniques ainsi réalisés.

## ANALYSE

---

### I. — L'ASPECT DE L'ENFANT

Lorsqu'on se trouve en présence d'un enfant victime de sévices, il existe des éléments cliniques immédiatement constatables :

- l'aspect indifférent ou craintif de l'enfant,
- son apparence sale ou négligée,
- son développement staturo-pondéral souvent insuffisant.

Lorsque l'enfant est hospitalisé, le médecin qui le reçoit se trouve devant deux éventualités :

● La notion de sévices est connue grâce à différents renseignements :

— La lettre d'hospitalisation du médecin traitant les mentionne d'une manière explicite ou d'une manière sous-entendue, s'il ne désire pas prendre parti.

— L'enfant est amené par une assistante sociale de secteur ou spécialisée, qui fournit des renseignements anamnestiques.

— L'enfant est hospitalisé par des services ambulanciers intervenus sur la demande des voisins ou de la Police.

● La notion de sévices n'est pas connue :

— L'enfant est hospitalisé avec un diagnostic tout à fait banal : une infection intercurrente par exemple.

— L'enfant a des lésions typiques de mauvais traitements, qui ne sont pas rattachées à leur origine : des ecchy-

moses sont qualifiées de purpura, une fracture est annoncée comme d'étiologie traumatique banale.

Selon que l'attention du médecin est d'emblée ou non attirée sur un sévices probable, les perturbations dont nous allons parler, auront, à ses yeux, un aspect plus ou moins évocateur et une importance variable. Elles pourront même passer inaperçues.

#### α) L'aspect indifférent ou craintif.

A l'entrée, l'enfant battu, souvent, ne sourit pas, ne pleure pas, semble apathique. Il est sérieux, grave, comme indifférent à ce qui l'entoure. Il observe avec passivité les lieux et les gens. Il n'a pas confiance, ne répond pas aux attentions ou aux sourires, ne prend pas la friandise qu'on lui tend. Il regarde avec indifférence s'éloigner ceux qui l'ont amené. Il fait à peine attention aux nouveaux visages qui l'approchent.

Dans d'autres cas, l'enfant aura une attitude plus évocatrice; il est craintif, apeuré, son regard est méfiant. Si on l'approche, il esquisse instinctivement des gestes de défense : il pourra porter son bras devant son visage en guise de protection, ou avoir une réaction de fuite en se précipitant dans un angle de la pièce, ou en se peletonnant dans un coin de son lit. Si on l'observe discrètement au repos, dans son lit, on constate qu'il n'est jamais détendu, qu'il paraît aux aguets, qu'il est sur ses gardes. Parfois, il peut présenter des mouvements de balancement rythmique de la tête. A l'extrême, il aura un comportement psychique tout à fait anormal, évoquant une encéphalopathie.

Dans un certain nombre de ces cas, l'on aura la joie d'assister à un éveil et à une transformation rapides de l'enfant grâce aux soins affectueux des nurses, ce qui peut presque faire douter des constatations initiales. C'est pourquoi toutes les remarques précédemment faites doivent être soigneusement consignées.

Il peut arriver que l'enfant battu ait un aspect normal. Cela nous paraît être l'exception mais l'observation suivante en témoigne :

*Obs. n° 30.*

Pascal G..., 3 ans, est hospitalisé par les soins du Directeur départemental de l'Action Sanitaire et Sociale. Il présente, à l'évidence, des marques de sévices et pourtant, il a un comportement tout à fait normal : il est éveillé, très gentil, sourit, dit facilement bonjour à tous. Nous aurons l'explication par le fait qu'il a été élevé par une

nourrice et repris depuis peu par sa mère qui est responsable des sévices.

Parfois, les enfants maltraités sont hospitalisés dans un coma d'origine neurologique ou même décèdent à leur arrivée à l'hôpital. Ces hospitalisations *in extremis* peuvent être motivées par un remords tardif des bourreaux ou par décision du médecin traitant désireux de se décharger des ennuis inhérents à un refus du permis d'inhumer.

#### b) L'apparence sale et négligée.

La saleté et le manque d'hygiène de l'enfant pourront également attirer l'attention; il est le plus souvent mal tenu, ses téguements et en particulier les mains, les pieds, les plis de flexion, le cou, les oreilles, l'ombilic sont sales. S'il s'agit d'un enfant encore langé, le siège peut être couvert de lésions érythémateuses ou érythémato-papuleuses. Les vêtements peuvent aussi traduire cette sorte de misère corporelle : ils sont d'une propreté douteuse, manifestement pas lavés depuis longtemps et déchirés.

Tout ceci peut être méconnu par le médecin hospitalier s'il examine l'enfant une fois baigné et changé de vêtements. Il devra donc s'informer auprès des infirmières, des puéricultrices, ou des nurses, de l'état cutané initial, et se faire montrer les vêtements portés à l'arrivée. Ces enfants peuvent être, de plus, couverts de vermine.

Cette négligence corporelle ne constitue qu'un élément parmi d'autres, susceptibles de traduire un sévice, et ne signifie nullement que tous les enfants malpropres soient maltraités. Parfois, des enfants sales sont choyés par des parents qui n'ont aucune notion d'hygiène. Cela contraste par contre avec l'aspect d'enfants issus de milieu modeste, pauvrement mis, aux vêtements rapiécés mais propres.

#### c) Le retard staturo-pondéral.

Le retard staturo-pondéral que l'on pourra aussi observer, sera proportionnel à l'importance et à la durée des privations d'aliments, de soins ou d'affection. Il sera surtout marqué chez les enfants très jeunes.

Le retard peut concerner non seulement le poids et la taille, mais également le développement psycho-moteur (marche, parole.

acquisition des contrôles sphinctériens) et la maturation osseuse. Il s'agira, dans ces cas, d'une hypotrophie globale.

Le retard staturo-pondéral est facilement mis en évidence par la pesée et la mensuration : c'est sans doute pourquoi nous le retrouvons fréquemment comme motif d'hospitalisation, qu'il soit isolé ou associé à d'autres symptômes. Ainsi dans l'observation suivante :

*Obs. n° 16.*

Nicole C..., 15 mois, est hospitalisée par l'assistante sociale de son secteur qui trouve l'enfant malingre et mal tenue. A l'entrée, elle a un poids de 5,800 kg, alors qu'elle devrait en peser au moins 10. Elle a aussi un rachitisme grave et c'est une enquête sociale complémentaire qui fera conclure à des sévices.

Il est de constatation courante que ces enfants hypotrophiques ont rarement été surveillés et suivis médicalement : ils n'ont pas été présentés aux consultations de nourrissons, ou à un médecin traitant. Leur hospitalisation sera l'occasion du premier contact médical.

L'hypotrophie s'associe fréquemment à un rachitisme notable et à des troubles biologiques variés (hypoprotéïnémie, anémie) dont nous reparlerons.

Lorsque l'hypotrophie est importante, elle peut réaliser un véritable nanisme sur lequel PATTON et, plus récemment SILVER et FINKELSTEIN ont attiré l'attention. Ce nanisme constitue alors un des éléments primordial du syndrome des enfants maltraités.

Cette insuffisance staturo-pondérale et le retard de maturation osseuse sans troubles de l'appétit ni de l'absorption, relèvent d'une triple carence : d'aliments, de soins et d'affection.

La carence alimentaire peut être délibérée portant sur la quantité et la qualité des mets présentés à l'enfant : les parents donnent alors à leur enfant une ration calorique insuffisante en le privant souvent d'un repas ou d'un plat, à titre de punition. Ils peuvent également lui donner des aliments inadaptés pour son âge ou une nourriture qualitativement déséquilibrée. On trouve, par exemple, une carence en viande, en légumes verts ou en fruits. Une nourriture monotone, peu appétissante, va entraîner une inappétence progressive ou des vomissements. Arrivé à ce stade, l'état de l'enfant va s'aggraver de deux manières :

— ou bien les parents ne s'en préoccupent pas et la carence de soins s'ajoutant à la carence alimentaire, l'enfant dépérira rapidement, pouvant de plus, manifester une régression psychomotrice par carence affective accentuant les difficultés d'alimentation;

— ou bien, les parents vont se préoccuper de l'inappétence de leur enfant et réagir, non pas en prenant conscience de leurs erreurs, mais en imposant des mesures punitives qui, en s'accroissant, pourront aboutir à des sévices graves. En effet, les coups ne feront que majorer les difficultés alimentaires qui provoqueront à leur tour de nouveaux sévices : l'enfant entre dans un cercle vicieux.

Chez l'enfant de moins de 18 mois, les troubles alimentaires sont, le plus souvent, dus à une ignorance totale de la mère en matière d'alimentation du jeune enfant. Bien qu'involontaires, ces erreurs peuvent constituer à elles seules un sévice aux conséquences redoutables. Malheureusement, la preuve de cette carence sera difficile à apporter du point de vue juridique. Comment prouver qu'un nourrisson n'aura pas eu quotidiennement ses biberons, ou qu'ils auront été de mauvaise qualité ?

Chez l'enfant plus grand, la carence alimentaire n'est le plus souvent qu'un élément du sévice.

## II. — LÉSIONS DES TEGUMENTS

Elles constituent, sans aucun doute, le stigmate le plus fréquent et le plus apparent des sévices. Leur importance réside déjà dans leur seule présence qui permet un diagnostic et, par là même, le déclenchement des mesures de protection.

L'obstacle majeur au diagnostic nous paraît être le crédit qu'accorde le médecin aux explications qui lui sont fournies sur l'étiologie de ces lésions. Les explications données par l'entourage ou même par l'enfant lui-même sont parfois simplistes, fantaisistes ou manifestement mensongères; elles doivent donc permettre de donner l'éveil.

Mais parfois l'histoire racontée est tout à fait plausible, et peut être alors la source d'erreurs diagnostiques : de nombreuses affections dermatologiques sont évoquées à tort.

Abordons une description rapide des lésions et donnons un certain nombre de caractères concernant leur siège, leur forme ou leur nature.

#### a) Description.

On peut dire qu'en matière de sévices, presque toutes les lésions cutanées peuvent se rencontrer. De nombreuses publications les décrivent en détail; elles ont été surtout analysées par les médecins légistes et en particulier par PARISOT et CAUSSADE.

On peut rencontrer :

1) des ecchymoses et des hématomes de toutes dimensions, de toutes formes, pouvant prendre toutes les teintes passant du rouge au bleu puis au jaune. Ces ecchymoses peuvent donner des aspects de simple contusion avec œdème diffus, de plaques de lividités ou d'hématome franchement constitué;

2) des excoriations, des lésions abrasives, des érosions cutanées, des égratignures, des traces de laceration ou de griffures. Tous ces éléments peuvent être discrets ou au contraire étendus et évidents. Ils peuvent simuler une affection dermatologique ou indiquer clairement un sévice. Tels sont le cas des excoriations en coup d'ongle ou les griffures en ragade;

3) des coupures et des plaies multiples qui sont provoquées par toutes sortes d'instruments tranchants. Leur profondeur et leur étendue sont variables selon l'agent vulnérant. Les plaies peuvent être contuses ou anfractueuses, ponctiformes ou très étendues;

4) des brûlures enfin, qui sont relativement fréquentes. Peu étendues et superficielles, elles n'entraînent que des troubles locaux. Profondes ou étendues, elles peuvent mettre en danger la vie de l'enfant. Nous reviendrons plus loin sur ce sujet.

#### b) Les caractères communs aux lésions rencontrées.

##### 1° LEUR SIÈGE.

Elles se situent à des endroits de prédilection :

— *Au niveau de la tête*, particulièrement vulnérable chez le petit enfant, elles atteignent soit la face, soit le cuir chevelu.

**Obs. N° 36 - Jocelyne J.**  
Griffures

4 ans



**Obs. N° 36 - Jocelyne J.** 4 ans  
Griffures



**Obs. N° 47 - Alain M.**  
Marques de coups.  
Alopécie diffuse.

5 ans

Les reliefs que constituent le nez, les pommettes, le front et le menton sont atteints de préférence. Les oreilles sont souvent décollées et l'on trouvera le sillon auriculaire suintant.

Sur le cuir chevelu l'on pourra noter des plaies mais surtout des zones d'alopecie, en aires ou diffuses. Ces lésions résultent d'une traction vive sur une poignée de cheveux saisis à pleine main.

*Obs. n° 73.*

Didier V..., 2 ans, est admis au service pour mauvais traitements. Il a un aspect malingre et souffreteux et il est littéralement couvert d'ecchymoses. Il présente, en outre, une alopecie diffuse de toute la région temporale droite.

— *Au niveau du tronc*, c'est la région lombaire et fessière qui sont les zones électivement touchées. C'est ici que la banale fessée peut se transformer en véritable bastonnade, responsable d'hématomes diffus. Ceux-ci peuvent se surinfecter surtout quand s'y associe une macération du siège comme cela se rencontre chez les nourrissons mal tenus. Toutes les traces de coups peuvent aussi se voir sur le dos, le thorax et les épaules.

— *Au niveau des membres supérieurs*. Au membre supérieur, les lésions se localisent surtout aux doigts et aux avant-bras. Les doigts sont le siège de toutes sortes de plaies, associées à des œdèmes des phalanges. La surinfection est fréquente, favorisée par la saleté des mains. Une lésion particulière rencontrée au niveau des doigts est l'hématome sous-unguéal consécutif à un coup porté sur l'ongle : c'est le classique coup de règle sur la face dorsale des doigts en extension.

L'avant-bras sera atteint lorsque l'enfant le porte au devant de son visage en un geste de protection. Si le coup a été très violent, une fracture peut s'associer aux lésions cutanées.

— *Au niveau des membres inférieurs*, la région postérieure de la jambe est la région qui reçoit les coups donnés à l'aide d'instruments à lanières : martinets, fouets, cravaches. On trouvera donc des lésions formées de stries grossièrement parallèles, réalisant des ragades caractéristiques.

La région pré-tibiale est atteinte lorsque l'enfant reçoit un coup de pied; on trouvera des hématomes contus ou un véritable éclatement de la peau très fragile en cet endroit.

Une ou plusieurs parties du corps peuvent être atteintes ensemble ou successivement. Il est, de toute manière, toujours nécessaire d'examiner entièrement nu un enfant maltraité.

## 2° LA FORME ET L'ÉTENDUE DES LÉSIONS.

Les caractères des instruments du sévice et la répétition des coups, détermineront la forme et l'étendue des lésions cutanées.

L'enfant peut être frappé à mains nues, avec le plat de la main ou avec le poing. Mais il peut recevoir aussi des coups avec toutes sortes d'instruments. Schématiquement, l'on oppose les instruments durs, en bois, en fer ou en verre : bâton, manche à balai, règle, tisonnier, bouteille qui provoqueront des hématomes au point d'impact, et les instruments flexibles : badine, baguette, ceinturon, fouet ou martinet qui donneront des lésions en ragade.

Enfin, la victime peut être projetée plus ou moins violemment à terre ou contre un obstacle : mur, table, fenêtre. Elle aura des plaies dues à la violence du contact. Celles-ci peuvent être souillées de terre, de poussière, de morceaux de verre, ou de débris divers.

Malgré cette diversité, il arrive que la forme et l'étendue de la marque cutanée soient caractéristiques du coup reçu. L'on peut alors affirmer cliniquement que l'enfant a été frappé avec un bâton, un martinet ou une ceinture. Ce détail pourra orienter utilement l'enquête judiciaire.

## 3° LEUR NATURE.

Nous avons vu que la nature des lésions cutanées varie beaucoup. Il arrive cependant qu'on découvre des lésions de même type, à des stades différents de leur évolution. Un enfant martyr peut être frappé toujours avec le même instrument pendant des périodes fort longues. Aussi, la présence côte à côte de lésions fraîches évoluées et cicatricielles est un élément précieux de diagnostic. Mais la surinfection des lésions risque parfois de le faire errer. On peut, en effet, se trouver en présence de lésions suintantes, ulcéreuses ou croûteuses qui simulent une dermatose infectieuse banale : impétigo, eczéma surinfecté, pyodermite, abcès. Les lésions seront difficilement rattachées aux sévices d'autant plus que des surinfections cutanées peuvent s'observer chez des enfants négligés et mal tenus.

Quelque soit le siège, la forme, l'étendue et la nature des atteintes, il convient d'en noter très soigneusement la topographie et tous les caractères cliniques. Le mieux est de les faire *photographier* : cela donne le double avantage d'avoir un point de référence lors de l'évolution et de posséder un document objectif des



Obs. N° 52 - Françoise M. 3 ans  
Cachexie.

Régression psychomotrice par carence affective.



Obs. N° 52 - Françoise M. 3 ans  
Perforation de la cloison nasale



Obs. N° 67 - Régine T. 4 ans

constatations initiales. En effet, la transformation des lésions cutanées est intéressante à noter. L'enfant étant hospitalisé et les coups ayant cessé, il est remarquable de voir en l'espace de quelques jours, l'aspect des téguments s'améliorer. Avec une thérapeutique antiseptique et cicatrisante, les lésions vont s'atténuer. Elles disparaîtront totalement ou laisseront des cicatrices indélébiles. La guérison peut être si rapide et parfaite que l'expert, appelé à examiner l'enfant ultérieurement, concevra des doutes sur la réalité de l'affection primitive. Dans la règle, les atteintes cutanées apparues à plusieurs reprises en milieu familial et disparaissant spontanément en milieu hospitalier, doivent toujours faire évoquer en premier lieu le diagnostic de sévices. Il en est ainsi dans l'observation suivante.

*Obs. n° 26.*

Martine F..., 2 ans, est hospitalisée pour des hématomes localisés au visage et aux membres inférieurs. Ces hématomes disparaissent en cours d'hospitalisation et tous les tests de coagulation sont normaux. L'enfant est rendue à sa mère puis réhospitalisée pour les mêmes symptômes. Ceux-ci disparaissent à nouveau et ne récidivent pas lorsque Martine est rendue à ses grands-parents.

Quelques mois plus tard, la mère ramène l'enfant pour lésions ecchymotiques identiques et un hématome sous-dural bilatéral dont l'origine traumatique est certaine...

### c) Les difficultés du diagnostic.

— Certaines lésions peuvent, à tort, être prises pour des sévices. C'est le cas de certains purpura thrombopéniques qui se manifestent par des ecchymoses et des hématomes. L'observation en milieu hospitalier et les examens hématologiques : numération plaquettaire et tests de coagulation rectifieront le diagnostic. Certains enfants turbulents, ou à peau fragile peuvent avoir des lésions ecchymotiques. C'est ainsi que nous avons eu connaissance d'un petit garçon retiré à sa famille pour abandon moral et qui, placé dans une institution, a présenté rapidement, du seul fait de son agitation, de multiples ecchymoses.

Enfin, les enfants porteurs d'une analgésie congénitale ou d'une dysautonomie familiale (maladie de RILEY) peuvent présenter des atteintes cutanées simulant des mauvais traitements. Il s'agit en fait, de maladies exceptionnelles.

— Bien plus souvent les lésions cutanées des enfants victimes de sévices seront méconnues. Si elles sont typiques, seule l'igno-

rance du médecin sera en cause. Si elles sont peu nombreuses ou quand elles ont un aspect trompeur, surinfection par exemple, le diagnostic sera plus difficile à établir et devra s'appuyer sur d'autres arguments.

En réalité, il est rare que des lésions ecchymotiques soient longtemps méconnues, mais il en est tout autrement des plaies. Si celles-ci ont une allure traumatique banale, le médecin pourra ne pas soupçonner les sévices d'autant plus que les responsables suffiraient à l'égarer.

Le médecin, donc, dans tous les cas, devra garder son esprit critique et ne pas se contenter d'un diagnostic de facilité. En effet, il serait dommage que le véritable signal de détresse constitué par les stigmates cutanés, ne soit pas compris et ne devienne pas un moyen de protection.

#### d) Les brûlures.

Les brûlures, manifestations de sévices, peuvent se présenter de trois façons :

- *les brûlures infligées volontairement,*
- *les brûlures infligées involontairement,*
- *les brûlures accidentelles mais où la part du hasard n'est pas toujours entière.*

#### — LES BRULURES VOLONTAIRES.

Le feu a toujours constitué une arme de choix pour les bourreaux d'enfants et TARDIEU insistait déjà en 1879 sur les plaies par tisonniers, fer rouge, etc. L'imagination de bourreaux est sans borne pour innover dans ce domaine. Elles semblent plus rares actuellement, probablement parce que le foyer individuel est remplacé par le chauffage central ou collectif. Les brûlures volontaires n'ont cependant pas disparu comme le montre l'observation suivante :

*Obs. n° 38.*

Patricia K., 5 ans, présente des brûlures au niveau de la pulpe de 8 doigts. C'est son père qui lui a appliqué à 8 reprises le bout incandescent de sa cigarette pour la punir de se ronger les ongles. Cet homme, violent, paresseux et alcoolique, avait déjà été condamné avec sursis pour avoir jeté Patricia à terre et l'avoir rossée à coups de ceinturon.

De telles brûlures sont suffisamment caractéristiques pour être rarement méconnues par le médecin.

— LES BRULURES INFLIGÉES INVOLONTAIREMENT.

Elles sont dues à la sottise des parents qui vont les provoquer plus inconsciemment qu'involontairement car ils méconnaissent le danger qu'ils font courir à leur enfant.

Ces brûlures sont fréquentes : ce sont celles de l'enfant plongé dans un bain trop chaud ou recouvert d'un cataplasme brûlant.

*Obs. n° 76.*

Francis V..., 5 ans, est hospitalisé pour des brûlures superficielles mais étendues de la face. Son père, pour lui donner une leçon sur les dangers du feu, lui a approché du visage un papier enflammé ! Les parents sont tous deux notoirement alcooliques et le père est décrit comme un faible.

*Obs. non retenue.*

Christian M..., 4 ans, est hospitalisé pour une brûlure du thorax de 15 centimètres de côté. Cette brûlure est due à un cataplasme trop chaud appliqué par le père qui voulait ainsi soigner une bronchite. Une greffe de peau totale a été nécessaire.

Dans ces cas, c'est le manque d'esprit et de jugement des parents qui est en cause. L'origine en est vite reconnue car l'aveu est facile. Mais la conduite à tenir n'en est pas pour autant simplifiée. Doit-on intervenir, faire un signalement, demander réparation pour des enfants qui peuvent être gravement atteints et porteurs de séquelles irréversibles ? Chaque cas est particulier et il n'existe pas de règle uniforme.

— LES BRULURES ACCIDENTELLES.

Souvent étendues et graves, elles sont facilement qualifiées d'inévitables. Pourtant, les circonstances étiologiques montrent que le hasard a été favorisé par le défaut de surveillance ou le manque d'hygiène.

*Obs. non retenue.*

Antoinette C..., 1 an, présente des brûlures du 2<sup>e</sup> degré de la face et des 2 mains consécutives à une chute contre une cuisinière à charbon. La famille comprend 5 enfants,

le père est maçon et la mère, âgée de 23 ans, est d'une grande négligence. La famille vit dans un manque total d'hygiène et l'aîné des enfants a déjà été retiré et confié aux grands-parents.

*Obs. n° 25.*

Marie-Christine F..., 2 ans, est grièvement brûlée aux deux jambes. Son frère, laissé seul avec elle, avait mis le feu au landau dans lequel elle se trouvait. Nous l'avons connue un an plus tard, toujours hospitalisée pour des greffes cutanées. La marche était rendue difficile du fait de l'importance des rétractions tendineuses et des cicatrices chéloïdes. La famille est décrite comme alcoolique, déficiente du point de vue social, éducatif et moral.

Ces brûlures sont souvent rencontrées chez les jeunes enfants à l'âge où ils devraient trouver une protection parentale totale. C'est l'absence de celle-ci qui favorise hautement la survenue de brûlures involontaires.

Ici encore on pourra difficilement codifier l'attitude du médecin. Nous-même, avons retenu comme sévices la deuxième observation citée mais non la première. Ce sont l'intérêt et la protection de l'enfant qui doivent guider, avant toute autre considération, la conduite à tenir. Il faut envisager non seulement la protection immédiate de l'enfant mais sa réinsertion dans un milieu familial amélioré, donc mieux éduqué, dans le but d'éviter la récurrence des brûlures ou d'autres accidents.

### III. — FRACTURES

La fracture d'un ou de plusieurs os est une manifestation banale d'un enfant qui reçoit des coups. Elle peut survenir précocement ou être seulement l'aboutissement d'un long calvaire.

Précoce, elle pourra orienter le diagnostic correct et permettre la mise en œuvre des mesures de protection. Elle sera de ce fait bénéfique pour l'enfant. Tardive, elle constitue un symptôme spectaculaire qui atteste la gravité des sévices.

Nous étudierons successivement les caractères généraux de ces fractures, leurs localisations et certaines particularités. Nous en rapprocherons les fractures rachitiques et diverses lésions de l'appareil locomoteur.

## a) Les caractères généraux des fractures.

Nous les mentionnons intentionnellement en premier lieu car il ne s'agit pas de caractères spécifiques. La lésion anatomique de l'os, produite par un traumatisme volontaire, est dans la majorité des cas, strictement comparable à celle que cause un accident tout à fait banal.

Les fractures imputables aux parents indignes peuvent résulter d'un choc direct ou indirect, d'une torsion, d'une traction ou d'une élongation. Tous ces mécanismes se retrouvent dans les fractures accidentelles. L'enfant qui ne marche pas encore peut tomber de sa table à langer, de son lit, de son landau ou de son siège. S'il a acquis son autonomie de déplacement, il peut tomber d'un lieu élevé dans des escaliers, ou être victime d'un accident de la circulation. En somme, isolée de son contexte, la fracture occasionnée par un sévise se présente cliniquement d'une façon identique à la fracture accidentelle.

## b) Les localisations.

Il est certain que toutes les localisations fracturaires sont possibles chez un enfant battu. Mais il existe des localisations préférentielles et des aspects particuliers à chacune d'elles.

### 1° LES FRACTURES DES MEMBRES.

Elles sont les plus fréquentes et les plus voyantes par les déformations et l'impotence ainsi créées. Elles se rencontrent sur tous les os longs et peuvent toucher aussi bien la diaphyse que les extrémités.

Elles peuvent se produire sur un segment de membre ou être articulaires.

— Les fractures de la diaphyse d'un os long peuvent s'accompagner d'un déplacement important et d'une impotence majeure s'il s'agit d'un segment à un seul os : cuisse ou bras. Les fractures touchant la jambe ou l'avant-bras peuvent avoir une symptomatologie plus discrète quand elle est en « bois vert » et quand elle intéresse un seul os.

— Les fractures métaphysaires et épiphysaires sont juxta-articulaires ou articulaires. Elles peuvent se présenter sous forme

d'un décollement épiphysaire, en particulier au niveau de l'extrémité inférieure du radius. Le déplacement peut être minime et l'impotence variable. Par contre, l'incidence fonctionnelle est majeure au niveau des grosses articulations. Si, par malheur, ces fractures sont négligées, sciemment ou non, leurs conséquences peuvent être à l'origine de séquelles articulaires définitives ou difficilement curables. Citons les fractures de la trochlée ou du condyle huméral, de l'olécrâne ou de la tête du radius responsables du blocage du coude; celles de l'extrémité inférieure du radius ou du cubitus qui entraîneront une limitation des mouvements de la main; celles du col du fémur qui provoqueront une déformation en *coxa vara* sur laquelle MAROTEAUX vient récemment d'insister; celles des malléoles tibiales ou péronières qui réaliseront un cal vicieux du cou-de-pied.

JONES a étudié ces fractures métaphysaires et conclut que leur fréquence est inhabituelle dans les traumatismes par sévices et exige une particulière attention.

## 2° LES FRACTURES DU TRONC.

Elles intéressent les côtes, le rachis ou le bassin.

— *Au niveau des côtes* : le trait de fracture se situera dans la plupart des cas, sur les arcs postérieurs s'il s'agit d'une chute de l'enfant ou de sa projection contre un obstacle. Dans ces cas, plusieurs côtes sont fracturées.

*Obs. n° 3.*

Tony B., n'est âgé que de 3 mois lorsqu'il est hospitalisé pour un traumatisme thoracolombaire. La radiographie révèle la fracture des arcs postérieurs des 5<sup>e</sup>, 6<sup>e</sup>, 7<sup>e</sup> et 8<sup>e</sup> côtes droites. Les parents avouent avec réticence une chute d'une table à langer. Des sévices sont à peine évoqués mais, 2 mois plus tard, l'enfant sera réhospitalisé pour un hématome sous-dural droit post-traumatique...

La fracture peut siéger à tout endroit de la côte lorsqu'elle est la conséquence d'un choc direct : c'est le cas du coup de pied décoché à un enfant jeté à terre. Ces fractures des côtes peuvent se compliquer de déchirure pleurale.

— *Au niveau du rachis* : les fractures peuvent atteindre les corps vertébraux ou les arcs postérieurs. Elles s'accompagnent ou

non de troubles neurologiques par tassement ou déplacement. Elles ont pour origine un traumatisme violent. Nous n'en avons pas observé personnellement et les auteurs en font peu mention. Peut-être ne les recherche-t-on pas suffisamment et passent-elles inaperçues quand elles ne se compliquent pas de lésions médullaires ?

— *Au niveau du bassin* : les fractures peuvent toucher un ou plusieurs arcs ischiatiques ou pubiens. Elles s'accompagnent ou non d'une disjonction sacro-iliaque. Elles nécessitent aussi un traumatisme très violent comme dans l'observation suivante :

*Obs. n° 29.*

Alain B..., 5 ans.

Sa mère l'a précipité par la fenêtre d'un deuxième étage. Il est relevé dans le coma avec plusieurs fractures du crâne et une fracture du bassin. La mère a voulu exercer un chantage sur son ami nord-africain qui menaçait de la quitter. Elle a déclaré ensuite avoir voulu se suicider en suivant son enfant...

### 3° LES LÉSIONS CRANIENNES.

Elles revêtent une fréquence et une gravité particulières. La tête de l'enfant est en effet très vulnérable. C'est la région préférentielle que cherchent à atteindre les bourreaux et elle se trouve exposée aux coups et aux chocs indirects. Les fractures peuvent se situer au niveau des os du crâne ou du massif facial.

— *Au niveau des os du crâne* : on peut trouver une fracture de la base ou de la voûte. Dans ce cas, il s'agit le plus souvent d'un simple trait fracturaire qui intéresse la région temporo-pariétale. Mais on peut aussi découvrir des lésions plus impressionnantes : de nombreux traits de fracture réalisant un véritable puzzle osseux. Dans la plupart des cas il n'existe pas de déplacement mais une embarrure est possible.

Ces fractures peuvent être asymptomatiques ou se compliquer d'œdème cérébral, de paralysie des nerfs crâniens ou d'hématome sous-dural. Un coma peut également survenir.

*Obs. n° 6.*

Joëlle, 3 ans, est hospitalisée pour le bilan de convulsions droites suivies d'une hémiparésie transitoire. La radiographie découvre des fractures multiples des os de la voûte. Le bilan neurologique en particulier, l'examen du fond de l'œil, et l'artériographie carotidienne sont

normaux. Par contre, l'on découvre une fracture ancienne et méconnue de la palette humérale gauche...

— *Au niveau du massif facial* : nous distinguerons les atteintes du massif facial et les fractures du nez ; ces dernières posent des problèmes particuliers.

● Les fractures de l'extrémité pyramidale du maxillaire supérieur, les enfoncements du malaire, les fractures des branches horizontales ou montantes du maxillaire supérieur peuvent donner lieu à des déformations de la face ou à des troubles de l'articulé dentaire. Ces lésions sont généralement produites lorsque la tête de l'enfant est frappée violemment contre un mur : elles peuvent être uniques ou atteindre plusieurs os réalisant des enfoncements complexes du massif facial.

● Les fractures du nez diffèrent des précédentes. Fréquentes, elles proviennent presque toujours d'un choc direct sur le nez : c'est le coup de poing envoyé en pleine figure. Il pourra en résulter des fractures des os propres du nez, de l'épine nasale, du frontal, du vomer ou de la lame perpendiculaire de l'ethmoïde. Cela produit un déplacement des pièces osseuses qui nécessitera une réduction rapide et parfaite, sous peine de déformation définitive du nez ou de troubles de la perméabilité, séquelle fréquente d'une déviation de la cloison. DEGOS et GUILLAIN ont insisté sur ces points.

Outre cette atteinte osseuse, on peut observer une lésion des cartilages de la cloison, responsable de complications importantes. Pauci-symptomatique, la brèche cartilagineuse risque fort de passer inaperçue. L'hématome formé entre le cartilage et le périchondre se surinfecte souvent du fait du grattage. Il en résulte la fonte du cartilage accompagnée d'effondrement et de perforation de la cloison nasale. Il s'agit d'une atteinte bien connue : LANCE et, récemment, MAROTEAUX, y ont insisté. Vue tardivement, il peut être difficile, malheureusement, d'affirmer la part du traumatisme, l'infection passant au premier plan.

Nous en avons observé plusieurs cas dont les suivants :

*Obs. n° 48.*

Philippe M., 2 ans, est transféré d'un hôpital périphérique au service de Chirurgie-Maxillo-Faciale pour une « absence » de columelle. Il a été victime de sévices graves : fractures des 2 jambes, d'une cuisse, de plusieurs

côtes. Dans ce contexte, la fracture du nez est passée inaperçue. La reconstruction de la columelle est réalisée par une plastie à l'italienne (lambeau antibrachial) et nécessite sept reprises opératoires en l'espace de 4 mois.

*Obs. n° 52.*

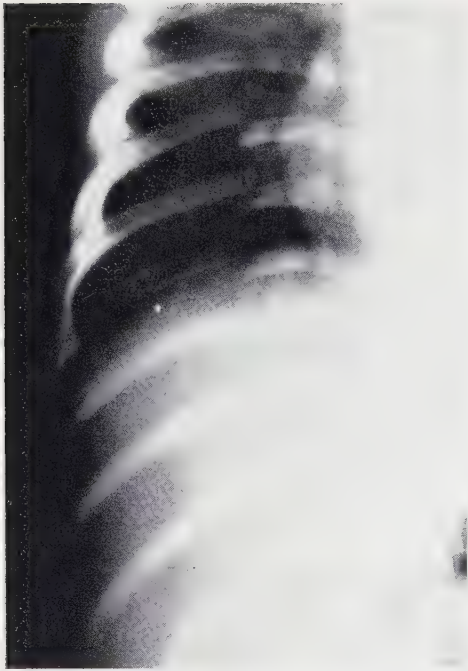
Françoise M..., 3 ans est hospitalisée, cachectique et avec des manifestations de régression psycho-mentale par carence affective. Durant l'hospitalisation, la récupération partielle mais rapide du retard psycho-moteur confirme ce diagnostic. Elle présente en plus de nombreux hématomes, une lésion ulcéralive de la luette et une perforation suintante de la cloison nasale avec fonte des cartilages. Ce préjudice esthétique sera probablement définitif malgré tous les efforts de reconstruction plastique qui pourront être tentés ultérieurement.

### c) Les particularités des fractures dues à des sévices.

#### 1° FRACTURE UNIQUE OU FRACTURES MULTIPLES RÉCENTES.

● S'il s'agit d'une fracture unique, isolée, récente, il sera cliniquement impossible de parvenir au diagnostic de sévices. Dans ce cas, seules les circonstances étiologiques, rapportées par les parents peuvent attirer l'attention. Ces derniers ont souvent un comportement outrancier, s'embrouillent dans leurs explications, rajoutent spontanément trop de détails; ils ont une attitude surprotectrice de façade ou sont indifférents. Enfin, ils peuvent mentir ouvertement. Une explication que nous avons reçue à plusieurs reprises et qui est très suspecte, est celle-ci : « L'enfant est tombé *dans* son lit » alors que les paroles : « L'enfant est tombé *de* son lit » ne soulèvent aucun soupçon. Il existe donc un certain nombre d'enfants dont les fractures intentionnelles sont bien traitées médicalement mais considérées comme d'origine traumatique banale. Ceci parce qu'aucun élément paraclinique ne vient orienter vers des sévices ou que le médecin n'est pas suffisamment attentif aux circonstances étiologiques rapportées. FONTANA chiffre à 60 % le nombre des fractures volontaires ainsi méconnues.

● Les fractures multiples sont plus évocatrices. Elles peuvent avoir été occasionnées au cours du même sévice ou dater d'époques différentes. Pour qu'un enfant présente des fractures multiples, il est nécessaire qu'il soit victime d'un traumatisme violent comme un accident de la circulation ou la chute d'un lieu très élevé, ou



**Obs. N° 3 - Tony B.** 5 mois  
Traumatisme thoracolombaire :  
Fractures des 5<sup>e</sup> et 8<sup>e</sup> côtes.



**Obs. N° 11 - Elisabeth C.** 8 mois  
Gaine périostique sur une fracture  
ancienne de l'humérus gauche.



**Obs. N° 11 - Elisabeth C.** 8 mois  
Décollement épiphysaire de la palette  
humérale gauche.  
Apposition périostique.

encore qu'il soit atteint d'une fragilité osseuse constitutionnelle ou acquise du fait d'un rachitisme carentiel. En dehors de ces éventualités, la constatation de plusieurs fractures doit faire suspecter des sévices. A plus forte raison devra-t-on y penser si des lésions associées sont présentes, ce qui est habituel.

## 2° FRACTURES NÉGLIGÉES.

Elles constituent une lésion typique de sévices. Ce sont les auteurs anglo-saxons : SILVERMAN, CAFFEY, ASTEY qui, les premiers, en ont décrit les aspects et ont insisté sur leur signification.

● Dans le cas d'une lésion unique, il peut arriver que l'entourage méconnaisse, de bonne foi, pendant quelques jours, une fracture sans déplacement du poignet, une fracture du crâne ou une fracture des os du pied, surtout si l'enfant ne se plaint pas. Il est par contre tout à fait anormal, et donc suspect, qu'un enfant soit découvert atteint d'une fracture invalidante et douloureuse remontant à huit ou quinze jours, parfois davantage. On admettra, avec la plus grande réticence, les explications données sur les circonstances étiologiques, la date du traumatisme et le retard du traitement.

● Dans le cas de fractures multiples. Le diagnostic de sévices est encore plus évident lorsqu'on découvre, à l'occasion d'une fracture récente, d'autres plus anciennes, d'âge différent, et négligées. Celles-ci, vieilles de plusieurs semaines ou mois, ne sont pas avouées par les parents et elles n'ont fait l'objet d'aucun soin.

Consolidées en position défectueuse ou, quand le cal est palpable, elles seront découvertes par l'examen clinique. Sinon, elles seront de diagnostic radiologique : la radiographie de tout le squelette est indispensable pour leur mise en évidence : ainsi dans l'observation suivante :

*Obs. n° 42.*

Corinne L..., 2 ans, est hospitalisée pour troubles neurologiques dus à un hématome sous-dural gauche. De nombreuses ecchymoses établissent les sévices. L'examen clinique met en évidence une limitation des mouvements des coudes en rapport avec des fractures négligées de la palette humérale des deux côtés et une radiographie de tout le squelette découvre une fracture de l'extrémité inférieure du fémur gauche totalement méconnue jusque-là.

Ajoutons qu'il est impossible de déceler des fractures anciennes, guéries en bonne position et dont le cal fracturaire s'est résorbé.

### 3° L'ASPECT RADIOLOGIQUE.

Il est le plus souvent banal : le trait est diaphysaire ou métaphysaire; il intéresse toute l'épaisseur de l'os ou une corticale, si la fracture est en « bois vert ». La texture du cal d'une fracture vue tardivement est normale ainsi que celle de l'os lui-même.

Mais dans un certain nombre de cas, l'aspect radiologique est évocateur. SILVERMAN, un des premiers, a décrit les aspects inhabituels rencontrés. Certains parlent ainsi du « Syndrome de SILVERMAN » au sujet des enfants battus. Cet auteur décrit la réaction périostée exagérée. Elle réalise un engainement diaphysaire par des lamelles osseuses plus ou moins régulières, soit minces et soulignant seulement la corticale des os longs d'un fin liseré parallèle à la diaphyse, soit épaisses constituant un manchon qui peut presque doubler, en certains points, l'épaisseur de la corticale.

Cette réaction périostique peut accompagner une fracture ou exister seule : CAFFEY parle dans ce cas de « contusion du périoste ».

Le mécanisme de sa formation est le suivant : un traumatisme décolle le périoste peu adhérent à l'os chez l'enfant. Cet arrachement donne lieu à une hémorragie sous-périostée. Un processus de calcification de l'hématome créé va survenir et celle-ci deviendra visible cinq à sept jours après le traumatisme. Finalement, l'os néoformé, englobe la diaphyse réalisant les aspects radiologiques que nous venons de décrire — ceux-ci doivent toujours éveiller la suspicion et faire songer aux mauvais traitements.

Au niveau des extrémités osseuses, l'on pourra observer des fragmentations métaphysaires ou des décollements épiphysaires sous l'action de tractions ou de torsions du membre. Par le phénomène de cisaillement produit, l'on pourra noter ici encore des réactions périostiques excessives.

### d) Les fractures rachitiques.

Elles surviennent chez des enfants présentant un rachitisme par carence vitaminique D classique, mais importante. Il s'agit beaucoup plus rarement d'un rachitisme vitamino-résistant. Les os fragi-

lisés peuvent être le siège de fractures pathologiques diaphysaires ou épiphysaires. Comme dans ces rachitismes ostéoclassiques vraiment « historiques » les parents sont au moins coupables de négligence et de manque de soins, il peut être difficile d'évaluer la part du rachitisme et d'un traumatisme volontaire. L'observation suivante en témoigne :

*Obs. n° 29.*

Marie-Christine G..., 13 mois, est hospitalisée pour une cachexie liée à des erreurs diététiques et à un manque de soins. Elle présente un retard psycho-moteur lié à une carence affective. On constate la présence de 13 fractures survenues sur des os rachitiques : situées au niveau de tous les membres et des côtes. Certaines sont récentes, d'autres anciennes. Il s'agit d'une carence vitaminique D banale. De plus, elle a un hématome sous-dural bilatéral. Le traumatisme volontaire n'a pu être prouvé mais l'enquête sociale note : la mère semble inconsciente de l'état de Marie-Christine mais malgré la débilité maternelle on peut suspecter qu'elle est moins aimée que ses sœurs.

Ainsi donc on ne pourra parler, dans la plupart de ces cas, que de sévices involontaires graves. Néanmoins, les conséquences pour l'enfant peuvent être sévères avec un risque d'impotence fonctionnelle définitive.

Aussi, la conduite à tenir est souvent délicate, d'éventuelles suites judiciaires risquant de ne pas aboutir faute de preuves directes. Les observations suivantes (que nous n'avons pas retenues) montrent bien les difficultés rencontrées par le médecin.

*Obs. non retenue.*

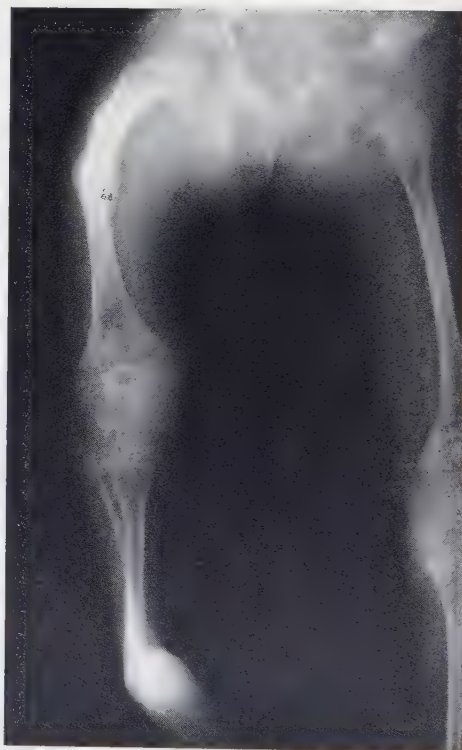
Quatre enfants de la même famille, D..., qui comprend neuf frères et sœurs sont hospitalisés au service pour un rachitisme très grave : tous présentent des déformations et deux d'entre eux des fractures. La sévérité de cette atteinte familiale oriente d'emblée vers un rachitisme vitamino-résistant. Or, celui-ci est infirmé par les épreuves biologiques et l'évolution rapidement favorable sous vitaminothérapie à doses moyennes. Il s'agit en fait d'un rachitisme classique dont la gravité et la prolongation sont dues à des conditions d'élevage très défavorables : ces enfants ne sortaient jamais et avaient un régime alimentaire carencié. L'enquête sociale fait état de parents légèrement débiles :

« Le père est manœuvre et a donc un salaire bas. Madame D... fait ce qu'elle peut malgré sa santé déficiente.



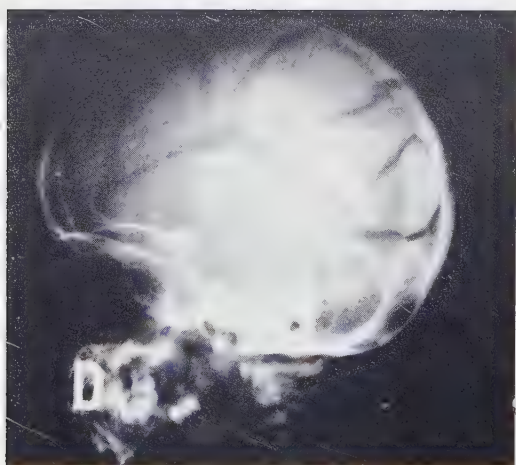
**Obs. N° 60 - Olivier P.** 14 mois

Fracture fémur gauche remontant  
à au moins 3 mois.



**Obs. non retenue - Dominique D.**  
Fractures et déformations  
sur os rachitiques.

4 an



**Obs. N° 6 - Joëlle B.** 3 ans  
Fractures en « puzzle ».

Tous deux aiment leurs enfants et ne les maltraitent pas. mais c'est un milieu où l'on ne sort jamais de sa misère. N'ayant jamais connu autre chose, on l'accepte comme une fatalité sans essayer de réagir...»

Ainsi ces cas ne constituent pas, à proprement parler, des sévices et peuvent paraître sortir de notre sujet. Mais, à notre avis, ces distinctions relèvent de la théorie et le médecin, confronté avec ces faits, est bien forcé d'admettre que les enfants qui lui sont confiés sont très réellement de véritables victimes.

#### e) Autres lésions de l'appareil locomoteur.

Nous rapprocherons des fractures, certaines atteintes que peuvent présenter les enfants battus. On rencontre des luxations, des entorses avec ou sans arrachement ligamentaire, des épanchements articulaires sans lésion organique décelable, des attitudes vicieuses prises par l'enfant maintenu dans des positions aberrantes.

L'on peut découvrir exceptionnellement des dislocations articulaires complexes ou des défauts osseux impressionnants. Ainsi, dans le cas suivant, qui sort de notre étude à cause de l'âge de l'enfant :

*Obs. non retenue.*

Daniel C..., 10 ans, est atteint d'un éclatement de toute l'extrémité supérieure du fémur gauche. Ceci est consécutif à une décharge de fusil de chasse. C'est son père alcoolique et violent qui l'a pris intentionnellement pour cible !

### IV. — LES EPANCHEMENTS SOUS-DURAX

Nous aurons en vue aussi bien les hydromes que les hématomes sous-duraux chroniques du nourrisson. Nous envisageons d'abord les hématomes sous-duraux isolés puis l'association hématomes sous-duraux et fractures des os longs.

#### α) Les hématomes sous-duraux.

Il s'agit d'une lésion grave chez un enfant victime de sévices, du fait de la nature et du siège des atteintes, aussi bien que par la méconnaissance habituelle de leur véritable cause.

Depuis longtemps, ces épanchements sont, certes, connus des médecins légistes puisque TARDIEU avait déjà signalé en 1879 la

découverte d'hématomes intracrâniens lors de l'autopsie d'enfants morts de sévices. Mais, paradoxalement, ils ont été longtemps ignorés des pédiatres. L'on ne peut être qu'étonné à la lecture des différentes publications mentionnant les étiologies supposées de ces hématomes. Les différentes possibilités étiologiques à évoquer devant la découverte d'une telle affection sont les suivantes :

1) Le traumatisme obstétrical chez l'enfant en dessous de 3 mois. Il peut être physique : forceps ou versions laborieuses, ou anoxique : lenteur du travail ou dystocies. La prématurité constitue un facteur favorisant.

2) La méningite purulente dont l'hématome constitue une complication. Quel que soit le germe causal, le mécanisme pathogénique suppose une nécrose septique des villosités arachnoïdiennes, permettant la transudation hématique dans l'espace sous-dural, associée à des variations de pression du liquide céphalo-rachidien consécutives aux rachicentèses.

3) La déshydratation hypernatrémique, au cours des états de déshydratation sévère, peut donner lieu à un épanchement intracrânien. Cela exige une déshydratation cellulaire massive (10 % du poids du corps). Ces faits ont été prouvés expérimentalement par GIRARD et FINDBERG.

4) Le traumatisme post-natal accidentel ou volontaire. Il est constitué par le « coup sur la tête » que le nourrisson se donne lui-même du fait de sa turbulence ou de son instabilité ou qu'il reçoit passivement de son entourage, ne pouvant se protéger des brutalités dont il est l'objet.

5) Parfois, aucune étiologie n'est décelée et l'on parle, trop aisément, d'hématome idiopathique, terme cachant mal une ignorance qui peut être tragique pour l'enfant si la lésion se produit chez une victime qui ne pourra être protégée...

Les pourcentages de ces différentes étiologies sont très variables d'un auteur à l'autre. L'impression qui s'en dégage est la grande proportion d'hématomes idiopathiques et le faible nombre, voire l'absence d'hématomes post-traumatiques. Ces derniers sont en réalité probablement les plus nombreux mais ils sont rejetés ou mal acceptés par l'opinion médicale. C'est en 1949 seulement, que INGRAHAM et MATSON introduisent le traumatisme comme facteur étiologique important. Depuis ce cri d'alarme, les statistiques étiologiques changent progressivement et le pourcentage d'hématomes post-traumatiques augmente de plus en plus.

Nos observations personnelles comportent 14 cas d'hématomes sous-duraux dus à des sévices. Dans tous les cas, l'origine traumatique a été prouvée par la clinique, l'enquête sociale et même parfois policière. Cela constitue donc 17,7 % de nos cas de sévices. Ce chiffre est très important et peut être expliqué par deux raisons :

— en premier lieu, les hématomes sous-duraux constituent une atteinte qui requiert presque obligatoirement l'hospitalisation de l'enfant, ce qui facilite le diagnostic exact;

— en second lieu, 11 de nos cas proviennent des observations très complètes recueillies à la Clinique de Pédiatrie et de Puériculture de Nancy.

Celles-ci, relevées de 1956 à 1965, ont déjà permis de démontrer la place importante du traumatisme, accidentel ou volontaire, dans l'étiologie de l'hématome sous-dural chronique du nourrisson.

Le tableau suivant en fait foi.

| NOMBRE DE CAS               | TRAUMATISME POST-NATAL |      | IDIOPATHIQUES |      |
|-----------------------------|------------------------|------|---------------|------|
|                             | NOMBRE                 | %    | NOMBRE        | %    |
| 69 publiés                  | 24                     | 34,7 | 10            | 14,6 |
| 87 en cours de publications | 32                     | 36,8 | 17            | 19,8 |

OBSERVATIONS DE LA CLINIQUE DE PÉDIATRIE ET PUÉRICULTURE DE NANCY.

Sur les 32 cas relevés de traumatisme postnatal 11 sont dus à des sévices avérés, soit 12,6 % de l'ensemble de ces observations. Les 3 cas supplémentaires que nous avons relevés proviennent de sources différentes.

Nous avons résumé, dans le tableau n° 2, nos observations et nous allons analyser plus en détail les divers éléments caractéristiques des hématomes sous-duraux consécutifs à des sévices.

— *L'âge* : dans 1 cas, l'enfant est âgé de 2 mois. Mais le traumatisme, obstétrical, a été formellement éliminé par la présence d'ecchymoses et d'une fracture du crâne. Dans 1 cas, l'enfant est âgé de 3 ans.

Dans 9 cas, l'âge se situe entre 5 mois et 1 an, dans 3 cas, il est de 2 ans. Les deux premières années constituent l'âge de prédilection, pour une atteinte céphalique, lors des sévices. L'enfant commence à se mouvoir mais il est encore incapable de la moindre réaction de défense habituelle. Il ne peut fuir, esquiver les coups

## HEMATOMES SOUS DURAUX - 14 CAS

064

|    | Nom             | Age     | Motif d'hospitalisation | Localisation de l'Hématome | LESIONS ASSOCIEES                                     |                                    | Commentaires                                      |
|----|-----------------|---------|-------------------------|----------------------------|-------------------------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------------------|
|    |                 |         |                         |                            | Oseuses                                               | Autres                             |                                                   |
| 1  | AR. J.Christian | 36 mois | convulsions             | droit                      | -clavicule G<br>-2os avt bras Dt                      | brûlures                           |                                                   |
| 3  | BAR. Tony       | 5 mois  | troubles neurologiques  | droit                      | - côte                                                | trauma.<br>lombaire                | - sévise inavoué<br>- enfant décrébré             |
| 5  | BEN. François   | 8 mois  | hémiparésie             | droit                      |                                                       | ecchymoses                         | - sévices d'os à une nourrice                     |
| 10 | CAR. Michel     | 8 mois  | vomissements            | droit                      |                                                       |                                    | - traumatisme involontaire inavoué                |
| 11 | CAL. Elisabeth  | 8 mois  | prémortem               | gauche                     | - crâne - côte<br>- max.inf.<br>- humérus             | ecchymoses<br>brûlures             | - décès - mère en prison                          |
| 26 | FR. Martine     | 24 mois | ecchymoses              | bilatéral                  |                                                       | ecchymoses                         |                                                   |
| 29 | GE. M.Christine | 13 mois | cachexie                | bilatéral                  | - 13 fractures<br>(gd rachitisme<br>membres et côtes) |                                    | - régression psychique<br>par carence affective   |
| 39 | KN. M.Thérèse   | 23 mois | convulsions             | droit                      |                                                       | ecchymoses                         |                                                   |
| 42 | LEG. Corinne    | 24 mois | enfant<br>sinerte       | gauche                     | - humérus<br>- ext.inf.fémur                          | ecchymoses<br>coupures             | - en nourrice la 1ère<br>année de sa vie          |
| 53 | MOR. Alain      | 10 mois |                         | gauche                     | - humérus gauche                                      |                                    |                                                   |
| 57 | PAB. Joli       | 12 mois | convulsions             | droit                      |                                                       | Hématome région<br>malaiare droite | famille de 8 enfants<br>tous battus               |
| 60 | PIN. Olivier    | 12 mois |                         | bilatéral                  | - fémur droit                                         | plaies diverses                    | battu par le père =<br>non avoué                  |
| 63 | RIV. Corinne    | 12 mois | synd.<br>mémngé         | droit                      | - tibia                                               | nombreuses<br>ecchymoses           | 3 frères et soeurs dé-<br>cédés d'encéphalite (?) |
| 64 | ROM. Rosetta    | 2 mois  | troubles neurologiques  | bilatéral                  | - crâne                                               | ecchymoses                         |                                                   |

TABLEAU N° 2

ou se protéger la tête. En cas de projection de l'enfant à terre ou contre un mur, celle-ci portera en premier.

— *La clinique* : dans les 12 cas où nous avons pu relever le motif d'hospitalisation, deux fois seulement existait, au départ, une suspicion de sévices (ecchymoses et cachexie). Dans les autres cas, les signes neurologiques ont motivé l'entrée au service sans autre orientation étiologique. L'épanchement s'est révélé bilatéral dans 4 cas et unilatéral dans les autres cas.

— *L'enquête sociale* : elle n'est souvent qu'un élément supplémentaire visant à confirmer un diagnostic clinique solidement établi. Parfois, au contraire, elle sera un élément décisif et apportera, par ses révélations, des arguments déterminants. Ainsi, dans 3 de nos cas, nous n'avons pu obtenir l'aveu formel du sévice, mais la clinique, s'appuyant sur tous les éléments de l'enquête, a permis d'affirmer celui-ci.

La négation d'un traumatisme volontaire ou même accidentel a cependant l'inconvénient de freiner l'action du médecin dans le domaine judiciaire, ou de le pousser à s'abstenir. Comme il ne lui appartient pas d'user de méthodes policières pour obtenir un aveu que les auteurs des sévices se refusent à faire contre toute vraisemblance, il devra parfois ruser : interroger, séparément, le père et la mère, approfondir les conditions d'élevage de l'enfant, s'enquérir de traumatismes éventuels chez les frères et sœurs. De même l'attitude des parents au cours de l'hospitalisation de l'enfant est intéressante à observer : indifférence ou revendications, inquiétude exagérée ou véritable abandon.

Tous les arguments anamnétiques, cliniques, radiologiques et sociaux doivent être établis avec précision et persévérance afin d'aboutir au diagnostic exact car de là dépend une protection valable et efficace. Il en va de la vie même de l'enfant.

#### **b) Les hématomes sous-duraux du nourrisson associés à des fractures des os longs.**

En 1930, SHERWOOD décrit le premier cas comportant une telle association. En 1946, CAFFEY en publie six nouveaux cas : il s'agit, au départ, dans l'esprit de ces auteurs, d'un nouveau syndrome pédiatrique qui reste sans explication étiologique valable. CAFFEY a pensé, mais secondairement, à une étiologie traumatique possible. Cette association a été décrite aussi par INGRAHAM, WOOLEY, GRIF-

FITS, MAC HENRY et a soulevé de multiples hypothèses. Tous ces auteurs et spécialement JOSEPH qui en publie deux cas récents, émettent encore des réserves et des réticences quant à l'origine traumatique. Ils parlent même de fractures spontanées mais à la base de ces études, l'enquête sociale semble n'avoir pas été suffisamment étoffée.

L'origine traumatique de ce syndrome étant donc curieusement méconnue, de nombreuses hypothèses pathogéniques ont été en vain échafaudées pour expliquer la survenue simultanée ou successive des deux symptômes. C'est ainsi qu'on a évoqué :

1) Le scorbut : il existe, certes, dans la maladie de Barlow des hémorragies sous-périostées, mais elles s'accompagnent d'un aspect osseux très différent : ostéo-porose « en verre pilé », amincissement de la corticale et épiphyses « en anneau ». Le scorbut n'apparaît pas avant le sixième mois de la vie. Les dosages d'acide ascorbique dans le sang et les urines prouvent l'avitaminose C. : or, aucune des caractéristiques ne se retrouvent dans nos cas. D'ailleurs, nous mettons en doute l'existence du scorbut dans nos régions et à notre époque.

2) L'hypervitaminose A. Celle-ci détermine des épaisissements périostés, surtout au niveau du cubitus mais jamais de fractures ni d'hématomes.

3) L'hyperostose corticale infantile décrite par CAFFEY et SMITH est une curieuse maladie caractérisée par des œdèmes des tissus mous intéressant principalement la face. Les œdèmes correspondent à un épaisissement des corticales osseuses du niveau du maxillaire inférieur, de clavicules, des omoplates et des phalanges. L'évolution est pseudo-infectieuse avec des poussées entrecoupées de rémission spontanée.

4) L'ostéogenis imperfecta est, certes, une tare pouvant expliquer des fractures multiples. Mais qu'il s'agisse de la forme précoce appelée maladie de PORAK et DURANTE ou de la forme tardive ou maladie de LOBSTEIN, le contexte est très évocateur : antécédents familiaux, sclérotiques bleues, déformations de squelette, permanence de la fragilité osseuse.

5) De nombreuses autres affections : ostéites infectieuses ou syphilitiques, ostéopetrose ou maladie d'ALBERS-SCHONBERG, « ostéopathie métabolique ».

En fait, aucune de toutes ces hypothèses n'apporte d'argument convaincant expliquant à la fois l'hématome sous-dural et les fractures.

Seule l'origine traumatique est satisfaisante :

— il peut s'agir chez le nourrisson jusqu'à 3 mois d'un traumatisme obstétrical : il est en général facilement signalé n'ayant pu passer inaperçu de l'accoucheur ou de la sage-femme ;

— il peut s'agir d'un traumatisme post-natal accidentel ou volontaire.

Dans nos quatorze cas d'hématomes sous-duraux, résumés dans le tableau n° 2 et tous dus à des sévices, il existe une association avec des fractures dans 9 cas, soit une proportion de 64,3 %. Cet énorme pourcentage tient essentiellement au fait qu'en présence d'un hématome intra-crânien, une radiographie de tout le squelette a été faite systématiquement quelle que soit la symptomatologie clinique. Ces fractures traduisent par leur nombre l'importance des brutalités subies par ces enfants.

Ces fractures étaient uniques ou multiples et de localisations diverses : elles se situaient :

- Dans 5 cas, au niveau des os longs seuls.
- Dans 1 cas, au niveau des os longs et des côtes.
- Dans 1 cas, au niveau des os longs et du crâne.
- Dans 1 cas, au niveau des côtes.
- Dans 1 cas, au niveau du crâne.

Il convient de noter la rareté, un peu surprenante, des fractures du crâne : ceci est dû à l'élasticité du crâne de ces enfants très jeunes. Il peut subir une contusion importante sans présenter de lésions fracturaires. Ce signe négatif ne constitue pas un argument contre l'origine traumatique de l'hématome.

Les remarques faites dans le paragraphe précédent, à propos de l'enquête sociale, restent valables ici. Elle est toujours indispensable et doit être la plus approfondie possible. C'est elle qui devrait permettre au médecin de ne plus évoquer des fractures spontanées.

## V. — AUTRES TRAUMATISMES ET TROUBLES ASSOCIES

Les enfants brutalisés peuvent présenter en outre toutes sortes d'autres lésions. Nous en évoquerons quelques unes. De plus, coups

et carences peuvent retentir sur l'équilibre biologique de l'enfant. En plus du retard staturo-pondéral et du retard osseux déjà décrits, ces enfants sont fréquemment porteurs d'anémie, de carence protéique et de rachitisme.

#### a) Autres traumatismes.

##### 1° LES TRAUMATISMES LOMBAIRES ET ABDOMINAUX.

Ils sont provoqués par des coups ou la chute brutale de l'enfant : ils peuvent avoir de graves conséquences et atteindre les organes creux ou pleins de la cavité abdominale. MAC CORT et VAUDAGNA les ont décrits.

Le rein peut être, avec ou sans fracture de côte associée, le siège d'une rupture capsulaire, d'un éclatement cortical ou même d'une déchirure complète. L'enfant se présentera avec un hématome rétropéritonéal ou une hématurie.

La rate peut être rompue immédiatement ou en deux temps. Cette lésion est particulièrement dangereuse pour la vie de l'enfant en raison du retard apporté habituellement au traitement dans les cas de sévices.

Il en est de même des traumatismes du foie : l'éclatement de cet organe met le pronostic vital en jeu. On a signalé aussi des lésions intestinales ou des désinsertions mésentériques. Toutes ces atteintes sont le plus souvent découvertes à l'autopsie : la mort a mis un terme au calvaire de l'enfant. Ainsi, dans l'observation suivante :

##### *Obs. n° 11.*

Elisabeth C..., 8 mois, arrive décédée au service. Elle est littéralement couverte de plaies, d'ulcérations, d'ecchymoses, de griffures et de brûlures. Elle a de multiples fractures au niveau du crâne, des côtes, de la clavicule droite, du maxillaire inférieur et de l'humérus gauche. L'autopsie médico-légale découvre en outre un hématome sous-dural gauche, une contusion du foie et un hématome de la racine du mésentère avec désinsertion de celui-ci.

##### 2° LES PLAIES ENDOBUCCALES.

Il s'agit de lésions ulcératives et souvent perforantes, intéressant le voile du palais, les piliers amygdaliens et la luette. Elles

peuvent donner lieu à des communications entre les fosses nasales et la cavité buccale. Elles sont facilement surinfectées et entravent l'alimentation. Le siège et l'allure de ces lésions permettent toutes les hypothèses quant à la nature de l'instrument contondant responsable : crochet, fourchette, voire même lame de couteau. Ainsi :

*Obs. n° 62.*

Jean-Claude Q..., 22 mois, est hospitalisé par les soins d'un pédiatre qui a déjà porté plainte pour sévices envers cet enfant. Outre une fracture ancienne du fémur découverte à l'examen systématique, il présente des traces de strangulation de la racine de la verge et une plaie de la base de la luvette comme si on avait voulu couper celle-ci. La mère responsable a été condamnée à un an de prison avec sursis mais n'a jamais avoué avec quel instrument cette plaie avait été faite.

### 3° LES PLAIES DES ORGANES GÉNITAUX.

L'observation ci-dessus les illustre. Le garçon peut présenter des lésions de la verge ou du scrotum, la fillette des plaies vulvaires et même vaginales. Ces atteintes se rencontrent plus souvent au cours de la grande enfance mais nous les avons relevées cependant à deux reprises dans nos observations : elles témoignent d'un véritable sadisme.

### 4° D'AUTRES ATTEINTES PLUS RARES ONT ÉTÉ ÉGALEMENT DÉCRITES.

Les contusions oculaires donnent surtout des hémorragies des milieux de l'œil et des anomalies du pôle postérieur bien observées par KIFFNEY. Récemment, MAROTEAUX a décrit des plages rétiniennes lacunaires, grisâtres, situées à l'extrême périphérie du champ rétinien.

Des elongations du plexus brachial donnent des paralysies du membre supérieur.

Il peut exister des arrachements ligamentaires, ou des ruptures musculaires.

La liste est malheureusement presque illimitée tant ces enfants peuvent souffrir de mille et mille manières.

## b) Les troubles métaboliques.

### 1° L'ANÉMIE HYPOCHROME FERRIPRIVE.

Il s'agit de l'anémie « commune » du nourrisson due à une carence martiale d'origine alimentaire. En particulier, une alimentation lactée prolongée peut la provoquer : le lait est pauvre en fer.

Elle se traduit cliniquement par une pâleur des téguments, une décoloration des muqueuses, une légère fébricule.

A l'examen hématologique, on notera une diminution modérée du nombre des globules rouges, et une baisse importante du taux d'hémoglobine. La valeur globulaire est inférieure à 0,80, la concentration corpusculaire hémoglobinique moyenne est inférieure à 30 % et le fer sérique est bas. Cette anémie est accentuée chez l'ancien prématuré. Elle guérira simplement par la thérapeutique martiale aidée éventuellement de petites transfusions.

### 2° LA CARENCE PROTÉIQUE.

Il est fréquent de trouver des chiffres de protidémie totale inférieurs à 50 g/litre. Cette hypoprotidémie se manifeste par un aspect infiltré des téguments, par des œdèmes blancs et mous prédominants aux pieds. Il s'agit d'une carence d'apport en protéines et celle-ci participe à l'étiologie du retard staturo-pondéral.

Si cette carence survient avant le 3<sup>e</sup> mois de la vie, elle peut aboutir à une athrepsie irréversible ou, dans les formes moins marquées, à une hypothrepsie. A partir de la deuxième année, on notera un état d'hypotrophie que l'on tend à désigner actuellement sous le terme de marasme.

La carence protéique sera encore accentuée chez l'enfant battu par la présence des plaies dont la cicatrisation nécessite un grand besoin de protéides.

Une alimentation riche en protéines, aidée au besoin de transfusions de plasma ou d'albumines humaines, rétablira l'équilibre protidique et fera disparaître les œdèmes.

### 3° LA CARENCE VITAMINIQUE D.

Elle est d'observation courante. Nous avons déjà parlé des grands rachitismes ostéoclasiques qui restent exceptionnels. Le rachitisme commun est par contre fréquemment observé. Cela n'est pas pour nous surprendre puisque l'on retrouve chez nombre

d'enfants battus des conditions défectueuses de logement, d'hygiène et d'alimentation. Ce rachitisme est retrouvé avec une fréquence particulière chez les enfants des familles transplantées, nord-africaines ou italiennes. Il est favorisé à la fois par les carences hygiéno-diététiques classiques et la peau foncée de ces enfants : elle est peu perméable aux rayons ultra-violets.

Ce rachitisme réagit favorablement à l'administration de vitamine D.

Les carences sont le plus souvent intriquées. Elles ne sont pas spécifiques des sévices, mais les accompagnent souvent. Elles concourent à affaiblir dangereusement l'état général de l'enfant maltraité qui a pourtant besoin de toutes ses ressources pour survivre aux agressions dont il est la victime.

Elles peuvent, paradoxalement, avoir pour l'enfant un effet salvateur. Nous avons en effet observé que ces carences et l'hypotrophie qui en résulte, sont notées à plusieurs reprises comme motifs d'hospitalisation. Il est alors surprenant d'entendre les parents narrer longuement la pâleur, l'inertie ou l'inappétence de leur enfant, victime de coups ou d'un manque grave de soins.

## SYNTHESE

---

### I. — DISSEMINATION DES LÉSIONS

Les lésions que nous avons décrites peuvent être isolées ou associées, uniques ou répétées, siéger au même endroit du corps ou en des parties différentes.

Répetons la nécessité d'examiner l'enfant entièrement nu et dans de bonnes conditions d'éclairage. En effet, la région lésée peut être inapparente ou masquée, les signes locaux ou généraux peu marqués : seul un examen complet de l'enfant permettra alors le diagnostic. Nous allons décrire les principaux tableaux cliniques le plus souvent observés.

#### a) Lésions de même nature.

1° Les atteintes disséminées sont de diagnostic assez facile : un hématome au niveau du visage par exemple attire l'attention et fait découvrir aisément d'autres marques de coups. La seule difficulté est d'en méconnaître l'étiologie réelle. Arguant de l'absence de sévice d'autre nature, le médecin peut être tenté de rattacher les signes cliniques constatés à une maladie du système atteint. L'observation suivante est démonstrative :

*Obs. n° 26, déjà citée.*

Martine F..., 2 ans, est hospitalisée une première fois pour des lésions hémorragiques siégeant au visage et aux

membres inférieurs. Elles orientent vers le diagnostic de purpura echymotique. Bien que tous les tests de coagulation soient normaux, et qu'il n'existe pas de fragilité vasculaire anormale, cela ne suffit pas à reconsidérer le diagnostic initial. Il faudra une hospitalisation ultérieure, l'apparition d'un hématome sous-dural et le résultat de l'enquête sociale pour rectifier l'orientation première et établir les sévices.

2° Les atteintes isolées, souvent difficiles à rattacher à des sévices, sont certainement les fractures. En effet, s'il n'existe que quelques particularités mineures, il est facile aux parents coupables de faire passer pour banale une fracture dont ils sont responsables. Le médecin, surchargé, pressé ou non averti, pourra être abusé. Si son attention est malgré tout attirée, il devra rechercher par un examen clinique et radiologique systématique, d'autres fractures anciennes, méconnues ou négligées.

3° L'atteinte isolée la plus grave est l'hématome sous-dural chronique du nourrisson. Nous avons déjà indiqué toutes les difficultés rencontrées dans sa recherche étiologique. L'on doit s'acharner à mettre en évidence une cause précise en ayant conscience qu'un doute sur l'origine de l'épanchement peut être un danger pour l'avenir de l'enfant.

#### **b) L'association de plusieurs types de lésions.**

Les tableaux cliniques réalisés sont variés.

##### **1° ATTEINTE LOCALE.**

Les manifestations des sévices peuvent être limitées à une petite partie du corps. Nous prendrons comme exemple une atteinte de la main associant ecchymoses et fractures des phalanges.

Si cette atteinte locale est peu apparente et sans manifestation fonctionnelle importante, elle pourra être méconnue de tous et bien souvent l'enfant ne sera pas montré à un médecin.

##### **2° ATTEINTE RÉGIONALE.**

Elle est plus fréquente et elle intéresse un membre ou une partie du tronc. Ainsi, dans l'observation suivante :

*Obs. n° 3, déjà citée.*

Tony B..., 3 mois, présente un traumatisme thoracique postérieur et lombaire droit. Il existe un hématome pariétal, des fractures de côtes et une contusion rénale.

Cette atteinte est déjà suffisamment étendue pour provoquer des blessures plus graves et faire présenter l'enfant à une consultation médicale.

### 3° ATTEINTE MULTIRÉGIONALE.

Plusieurs parties du corps, contiguës ou éloignées sont touchées. On peut ainsi rencontrer des lésions de toute la partie supérieure du thorax et de la tête, ou encore une atteinte céphalique associée à des marques de coups sur les régions lombaire et fessière.

Les troubles observés peuvent avoir été produits en même temps ou être d'âge différent.

C'est l'ancienneté et la répétition des coups qui détermineront la gradation dans l'évolution des lésions : elles peuvent être cicatrisées, infectées, bourgeonnantes ou récentes. Le diagnostic ne doit pas poser de difficultés devant un tel tableau clinique.

### 4° ATTEINTE GÉNÉRALISÉE.

Toutes les régions du corps peuvent être intéressées dans des proportions variables. Ainsi :

*Obs. n° 42, déjà citée.*

Corinne L..., 2 ans, est porteuse à l'entrée à l'hôpital, de multiples ecchymoses du front, de l'arcade sourcillière, de la pommette et de la commissure labiale gauche. Elle a aussi deux coupures transversales au menton et une autre à la lèvre supérieure. Elle présente également deux blessures parallèles au niveau de l'arcade crurale droite et des hématomes au niveau du tronc et de la face antérieure des deux jambes. Enfin, elle est couverte de cicatrices.

Du point de vue osseux, elle a une fracture de l'extrémité inférieure de la palette humérale des deux côtés et une fracture, vieille de 6 mois environ, de l'extrémité inférieure du fémur gauche. L'état neurologique oriente vers un épanchement intracrânien et la ponction de la fontanelle découvre un hématome sous-dural gauche.

### c) Le retentissement sur l'état général.

Il est variable pouvant être minime ou occuper le devant de la scène.

Il est fonction de multiples facteurs : âge de l'enfant, force et point d'application des coups, importance et durée de la restriction alimentaire ou du manque de soins, continuité et durée des sévices. Toutes ces causes peuvent s'additionner mais il s'avère que l'âge de l'enfant est un des facteurs les plus importants : plus l'enfant est jeune, plus il est vulnérable dans sa croissance staturale, pondérale, osseuse et psychique. Le retentissement des sévices est donc majeur chez le nourrisson. Ainsi dans l'observation suivante :

*Obs. n° 29, déjà citée.*

Marie-Christine G..., n'est âgée que de 13 mois lorsqu'elle est hospitalisée pour un traumatisme qui a provoqué un hématome sous-dural. On constate que son état général est gravement touché par un rachitisme carentiel, par un manque de nourriture et de soins qui l'a rendue cachectique, par une absence d'affection maternelle qui est responsable du retard psychique et moteur.

## II. — LES DIFFICULTES DU DIAGNOSTIC CLINIQUE

Les symptômes que nous avons analysés et les différents tableaux cliniques réalisés pourraient faire croire à un diagnostic facile. La richesse des signes, leur évidence, leur diversité et leur fréquente association laisseraient présager une certitude vite acquise lors de l'examen complet et soigneux de l'enfant.

En fait, il n'en est rien et le dépistage des victimes de sévices est un *diagnostic difficile*.

En effet, l'enfant maltraité présente certes des signes de privation, de négligence ou de coups mais il n'existe aucun symptôme pathognomonique des mauvais traitements. Chacune des lésions constatées peut orienter vers un diagnostic erroné. Elles ont une expression propre plus ou moins typique. Les sévices les plus fréquents sont ceux qui associent de nombreux troubles sans signification précise lorsqu'ils sont pris isolément et dont la gravité relève surtout de la sommation. Lorsque le tableau clinique est évident, c'est que le diagnostic est tardif. La présence chez un enfant de lésions cutanées étendues et de fractures multiples n'est que l'aboutissement d'un long calvaire.

Ainsi donc, hormis les cas évidents, l'enfant maltraité risque de ne pas être dépisté. C'est pourtant le diagnostic précoce qui, seul, pourra éviter des suites dramatiques, voire la mort.

C'est dire la nécessité de rechercher les arguments complémentaires. L'enquête sociale et psychologique est un appoint diagnostique non négligeable, parfois essentiel.

## ASPECTS PSYCHOLOGIQUES ET SOCIAUX

---

Le diagnostic médical de sévice à enfants étant posé — et l'on a vu que ceci n'était pas toujours facile — le rôle du médecin reste primordial, puisque c'est de lui uniquement que dépend la suite à donner à ses constatations et la mise en route éventuelle de « l'appareil judiciaire ».

Avant de prendre une décision, engageant d'une manière irrémédiable l'avenir de l'enfant, et mettant en cause d'une façon accusatrice l'attitude des parents, il devra soit réaliser, soit provoquer et diriger toute une série d'investigations d'ordre psychologique et social intéressant tant l'enfant que les parents.

### I. — CARACTERISTIQUES PSYCHO-SOCIALES DE L'ENFANT MALTRAITE

#### a) Etat physique et mental.

Du point de vue psychologique, l'enfant maltraité a un comportement anormal dans la quasi-totalité des cas.

Ce comportement peut être attribué uniquement aux mauvais traitements et dans ce cas l'attitude peureuse, hostile, renfermée, et le retard psychomoteur que l'on a décrit au chapitre précédent

céderont plus ou moins rapidement dans le nouveau milieu, selon l'ancienneté et le retentissement des coups reçus. On pourra alors avoir la joie, après un certain délai, de voir l'enfant s'épanouir à nouveau et retrouver un comportement normal. Ce sont les tests psychologiques qui, renouvelés périodiquement et si possible réalisés par la même personne, montreront une normalisation progressive du comportement et même, dans un certain nombre de cas, la disparition de l'écart entre l'âge mental et l'âge réel constaté au départ.

Mais beaucoup plus fréquents sont les cas où les anomalies psychiques se présentent comme un caractère antérieur aux sévices et seulement aggravé par ceux-ci. Ces perturbations entrent d'ailleurs souvent dans la motivation et le déclenchement des mauvais traitements. Ces anomalies revêtent différentes formes qui peuvent être isolées ou associées.

Les composantes les plus fréquemment rencontrées sont les suivantes :

- la débilité mentale;
- les troubles du comportement;
- l'énurésie;
- les infirmités motrices et sensorielles.

#### 1° LA DÉBILITÉ MENTALE.

C'est BRISSAUD qui crée en 1904 le terme d'encéphalopathie infantile pour désigner l'ensemble des syndrômes neuro-psychiques ayant en commun une survenue précoce et une évolution chronique. « Le terme, dans son imprécision, rend bien compte de ce que le groupement qu'il désigne peut avoir de flou dans ses limites et de divers dans sa pathogénie » (A. BUGE).

Nous rencontrerons ici, soit des affections organiques, soit des arriérations par carence affective.

Les arriérations mentales de l'enfant sont dues :

- 1) à des lésions anatomiques du cerveau;
- 2) à des troubles biochimiques ou métaboliques;
- 3) à une faiblesse mentale constitutionnelle.

Cette dernière constitue une oligophrénie d'origine génétique et intéresse souvent à la fois les parents et les enfants. Dans ces cas.

elle sera directement cause de sévices. L'ambiance du foyer ainsi née conduira les parents débiles à frapper un enfant auquel ils n'ont transmis qu'une faible intelligence; celle-ci, influant sur son comportement, entretiendra les sévices.

L'encéphalopathie par carence affective est la conséquence des sévices. Elle est déclenchée et induite chez un enfant, antérieurement normal, par une carence grave de soins maternels. L'origine en est psychogène. J. AUBRY définit ainsi ce retard d'évolution psychomotrice : « La carence grave de soins maternels peut reproduire la plupart des troubles mentaux de la première enfance : troubles réactionnels à base d'inhibition ou d'agressivité, arrêts de développement et arriération psychomotrice, névrose obsessionnelle, démence de type autique ou même psychose. »

En fait, il existe souvent des intrications entre arriération mentale constitutionnelle et encéphalopathie par carence affective et il est difficile de faire la part des deux étiologies.

Nous avons trouvé dans nos observations 16 enfants débiles soit 20,2 % du total. Il existait, dans 5 de ces cas, des parents également débiles.

Les travaux sur ces arriérations psychomotrices ont surtout été réalisés à partir d'enfants placés en institution et donc sans figure maternelle. Dans nos observations, la présence d'une mère indigne et n'aimant pas son enfant aboutit à un résultat identique.

L'observation de Michel nous semble tout à fait démonstrative.

*Obs. n° 21.*

Michel D... est né le 3-5-1965. L'accouchement a été normal et l'enfant pèse 3,700 kg à la naissance.

Son père est un ouvrier nord-africain de 37 ans, sa mère une Luxembourgeoise de 20 ans. Il a un frère né en mai 1964 et une sœur née en avril 1966. En octobre 1966, la mère est enceinte de 2 mois pour la 4<sup>e</sup> fois. Les parents sont bien logés (6 pièces) mais parlent mal le français tous les deux.

— Dès l'âge de 3 mois, du 30-9 au 15-11-65, hospitalisation pour une toxicose, très grave, à la suite d'une gastro-entérite; le médecin traitant écrit :

« Je l'avais fait hospitaliser à cette époque (furieux contre la mère qui semblait inconsciente devant l'état de son enfant). Il y avait de grosses erreurs diététiques, l'enfant déshydraté était moribond... »

— Puis, du 27 avril au 24 juillet 1966, nouvelle hospitalisation pour « débilité congénitale importante avec hypophobie, pâleur, anorexie depuis la naissance malgré les

soins du médecin traitant ». On note comme contexte familial, un milieu nord-africain primitif et une ignorance de la mère débordée, et, du point de vue médical, hypotrophie importante (6,900 kg à 1 an), une déshydratation, une maigreur, un retard psychomoteur : 7-8 mois pour un âge réel de 1 an. Le bilan clinique et biologique est sans particularité, à part un rachitisme important. On voit l'enfant se transformer, prendre meilleur aspect. En 3 mois, l'enfant passe de 6,900 à 7,450 kg. L'enfant est rendu à sa famille.

— Du 25 juillet au 16 août 1966, troisième hospitalisation, cette fois au service, par un médecin remplaçant, ignorant tout des antécédents. Il avait été appelé en consultation, parce que l'enfant présentait une température à 39° et il note : « Cet enfant hypotrophique refuse l'alimentation et présente un état de dénutrition inquiétant. » Nous demandons des renseignements sur l'hospitalisation antérieure qui ne nous sont pas fournis. On note alors seulement un rachitisme persistant et un examen psychologique montre un enfant très retardé ; ne tient pas assis, accède seulement à un comportement psychomoteur de 7-8 mois pour un âge réel de 15 mois. Réactions sociales pauvres. L'enfant est étiqueté « arriération mentale profonde » et rendu à sa famille... Cependant, un E.C.G. ayant un axe anormal pour l'âge, on demande au médecin traitant de réadresser l'enfant.

— Le 5 octobre 1966, le médecin traitant nous réadresse l'enfant en écrivant : « Il s'agit d'une encéphalopathie avec rachitisme et gros retard psychomoteur, ne parlons pas du poids... Je le trouve aujourd'hui avec une angine banale. Je pense qu'il est préférable après examens complémentaires, de séparer l'enfant de sa mère, qui n'en veut pas (*sic*) ; qui a déjà deux autres enfants, en attend un quatrième, etc. »

A l'entrée au service, cet enfant a failli être rejeté car :

- la demande de placement du médecin traitant s'avérait impossible à réaliser par l'assistante sociale du service, cet enfant venant d'un département voisin,

- l'attitude du père heurtait d'emblée les infirmières : lorsqu'on lui eut dit qu'on pourrait lui rendre l'enfant après bilan, il déclara : « Je le reprends aujourd'hui car je n'ai pas le temps de revenir. Autrement, vous ne me reverrez plus... »

Cependant, l'enfant est gardé.

Dès l'entrée, il se jette sur une bouillie qui lui est servie... il semblait affamé et a avalé tout d'un trait.

L'examen montre un enfant hypotrophique et indifférent. Il est rachitique mais il est propre et bien tenu (vêtements propres). Il présente des cicatrices anciennes de

dénudations et surtout au niveau de la face, de nombreuses ecchymoses frontales et sous-orbitaires récentes et anciennes. Les parents déclarent qu'il s'est fait ces ecchymoses en bougeant dans son berceau et en se cognant, ce qui pourrait paraître plausible vu l'encéphalopathie.

L'interrogatoire des parents nous montre un père nord-africain travaillant régulièrement, une mère luxembourgeoise très jeune parlant mal le français. Ils sont parfaitement logés — ils ont chez eux deux autres enfants (un garçon de 2 ans et demi, bien portant, et une fille de 5 mois pensant 8,200 kg). La mère, enceinte de deux mois, semble épuisée physiquement et moralement. Elle décrit Michel sous un tableau affreux ; ne veut pas manger, tombe si on le met assis, se cogne dans son lit, etc. Ils veulent manifestement abandonner cet enfant (on apprend par la suite que l'enfant coucherait par terre!).

Les renseignements fournis sur l'hospitalisation en avril, le résultat de l'enquête sociale et surtout le comportement de l'enfant qui est hospitalisé jusqu'au 16 novembre font enfin porter le diagnostic de sévices. Il existe donc une encéphalopathie par carence affective typique.

En effet, l'assistante sociale du secteur nous décrit : « La famille D... est une famille très difficile et j'avais déjà remarqué que Michel n'avait pas les mêmes attentions que les autres enfants. Il s'était épanoui et avait évolué en milieu hospitalier. J'ai effectué une visite à domicile mais l'on ne m'a pas ouvert : il était évident qu'il y avait quelque'un au domicile — une surveillance s'avère donc particulièrement difficile. »

Au service, l'enfant qui pesait 7,050 kg le 6 octobre, est passé à 8,800 kg le 16 novembre. Du point de vue psychomoteur, le 7 octobre, il se situe aux environs de 8 mois pour un âge réel de 18 mois (pratiquement pareil qu'en juillet !) mais le 9 novembre, on note à 19 mois une importante amélioration du comportement général. Il est très intéressé et attentif à tout l'environnement et capable d'établir de bonnes relations affectives et sociales. L'enfant accède à des performances de 10-11 mois. Ces progrès récents laissent à penser que l'enfant pourra encore récupérer une partie de son retard. L'enfant se tient assis, il est souriant, très éveillé et ses ecchymoses ont disparu. On n'a pas noté de fracture ancienne ou récente. Le signalement est fait au Directeur de l'Action Sanitaire et Sociale qui doit transmettre au Juge des enfants et Michel est transféré en attendant une décision judiciaire à la pouponnière de l'Aide Sociale à l'Enfance de son département d'origine.

Cette observation nous montre l'importance des troubles mentaux, leur durée d'évolution et la récupération rapide mais encore

partielle. En effet, du point de vue évolutif, si l'enfant est découvert à temps, la carence affective étant alors de faible durée, on peut espérer une régression totale des troubles par des soins médicaux et une affection soutenue.

Si, par contre, l'enfant reste plus longtemps carencé — une durée de quelques mois suffit chez le tout petit — une encéphalopathie ayant tous les caractères de l'organicité, et en grande partie irréversible va s'installer.

C'est encore J. AUBRY qui pense que :

« L'âge au moment de la séparation et la qualité des soins avant cette séparation, conditionnent la structure psychique de base de l'enfant, donc la nature même des troubles (troubles réactionnels, arrêt de développement, désintégration de la personnalité), leur réversibilité ou leur irréversibilité. »

## 2° LES TROUBLES DU COMPORTEMENT.

Nous les retrouvons d'une manière fréquente dans nos observations, ils peuvent être facteurs déclenchants des sévices ou provoqués et entretenus par eux : les plus importants sont les troubles du sommeil et les difficultés d'alimentation.

Ils réalisent — tout comme l'énurésie dont nous parlerons plus loin — un véritable cercle vicieux : une carence affective les déclenche, ils provoquent des sévices, ceux-ci les accentuent et ils en redoublent l'intensité...

### *Le caractère de l'enfant.*

Il peut s'agir soit d'un enfant particulièrement geignard, amorphe, pleurant et criant fréquemment et sans motif apparent.

Il peut s'agir au contraire d'un enfant instable, ayant un besoin de dépense incessant, touchant à tous les objets, bruyant dans ses paroles et ses actes.

### *Les troubles du sommeil.*

Quelle qu'en soit leur étiologie : nutrition mal équilibrée, changement de couches trop rare, sommeil particulièrement léger, ces troubles vont aboutir à des cris et des pleurs de l'enfant pendant tout ou partie de la nuit et ceci un certain nombre de nuits de suite. Lorsque ces faits se produisent dans un logement exigü, un immeuble collectif sonore, dans une famille peu équilibrée, ils vont

provoquer rapidement un état d'énervement croissant de la part des parents. Cet état, aggravé par la fatigue, qu'entraîne leur insomnie forcée, est facteur de déclenchement de coups à but punitif. Ceux-ci, vite irréfléchis, accroissent l'agitation et les cris de l'enfant et peuvent aboutir à des violences inouïes, à une sorte de rage démentielle mettant en jeu la vie de l'enfant. Nous en rapprochons la gêne au sommeil de jour des travailleurs de nuit. Nous avons relevé l'observation suivante :

*Obs. 60 et 61.*

Olivier et Didier P..., jumeaux âgés de 1 an sont hospitalisés parce que Olivier surtout atteint, présentait une plaie de la lèvre, une fracture du fémur droit et un hématome sous-dural bilatéral. Didier ne présentait que des lésions cutanées.

La mère, enceinte pour la troisième fois, est à la limite de l'effondrement nerveux et cherche à mettre hors de cause son mari. Celui-ci, violent, est un ouvrier boulanger. Il a frappé ses enfants au cours d'une crise de colère, vraisemblablement parce qu'ils l'empêchaient de dormir après son travail nocturne au fournil.

Cette motivation n'est que rarement retrouvée dans nos observations, mais elle est fréquemment invoquée dans les cas de sévices rapportés par la presse.

### *Les troubles de l'alimentation.*

Ils peuvent être de tous ordres : enfants buvant ou mangeant lentement, enfants refusant certains aliments, enfants regurgitant ou vomisseurs, enfants anorexiques.

Ces troubles sont pour la mère une perte de temps, une épreuve de patience, un surcroît de travail.

Ici encore, ils sont facteurs de déclenchement et d'entretien des sévices et même accentués par eux.

Ces troubles de la nutrition peuvent être en rapport avec une maladie organique de l'enfant : hernie hiatale, volvulus gastrique ou vomissements habituels, mais le plus souvent, ils sont en rapport avec une ignorance complète de la mère en matière de diététique et résultent d'une dysnutrition — enfants trop, pas assez ou mal alimentés. En conséquence, ils pourraient être prévenus ou améliorés par de simples mesures éducatrices.

### 3° L'ÉNURÉSIE.

On sait que celle-ci est extrêmement fréquente et qu'en dehors de lésions organiques bien rares, elle ressort d'une immaturité affective plus ou moins accentuée. Dans la majorité des cas, fort heureusement, les parents ayant réalisé et intégré l'infirmité de leur enfant, l'énurésie va guérir apparemment seule dans la seconde enfance.

Malheureusement, cette infirmité de l'enfant, bénigne en tant que telle pour lui-même, entraîne des conséquences matérielles non négligeables : linge, draps et même matelas souillés, mouillés et nauséabonds.

Cela va entraîner deux conséquences :

1) Un surcroît de travail pour la mère de famille qui, tous les matins ou presque, devra prévoir et réaliser le nettoyage, le séchage et le remplacement de la literie souillée par une literie propre.

Ce travail est encore plus pénible lorsqu'il s'agit de cas familiaux, plusieurs enfants mouillant leur lit.

2) Le fait que la mère ou les parents sont profondément humiliés et désorientés par ce phénomène qu'ils ne s'expliquent plus à partir d'un certain âge de l'enfant. Le surcroît de travail est de plus ressenti par la mère comme une tâche inutile uniquement causée par ce qui est interprété comme une faute ou au moins une manifestation de la paresse de l'enfant.

Dans ce cas, les sévices ont souvent comme point de départ une correction volontaire dans un but thérapeutique, les parents pensant que la fessée répétée pourra amener une guérison de l'enfant. Celui-ci se sentira fautif et prendra une attitude craintive sans pouvoir, malheureusement, se guérir et ainsi une relation de cause à effet fera que la correction banale n'ayant pas donné les résultats escomptés, se transformera en acte de cruauté. Exacerbés par l'énervement, ils provoqueront des sévices chaque jour répétés.

*Obs. n° 47.*

Alain M... est âgé de 5 ans, lorsqu'il est hospitalisé pour de nombreuses ecchymoses et une brûlure de la main. L'interrogatoire de la mère, alcoolique et aigrie, apprend qu'Alain est énurétique. Il s'agit de plus d'un enfant triste et peureux pris pour cible.

Détail curieux, l'énurésie est rarement notée dans nos observations médicales alors qu'elle est citée très souvent dans les dossiers

judiciaires. Ceci est dû au fait que, dans la quasi-totalité des cas, les enfants sont hospitalisés pour un diagnostic autre que celui de sévices et qu'alors les parents omettent involontairement ou volontairement de la signaler. Du point de vue juridique, au contraire, la poursuite ayant été ordonnée pour sévices avérés, les parents donnent au magistrat les mobiles de leur acte pour essayer d'atténuer leur responsabilité et de justifier leur conduite.

#### 4° LES INFIRMITÉS SENSORIELLES ET MOTRICES.

Ces infirmités peuvent être également retrouvées comme un facteur favorisant le déclenchement des sévices mais à un degré moindre que les infirmités mentales.

— Du point de vue sensoriel, il s'agit essentiellement d'enfants atteints de cécité ou surdité partielle dont l'infirmité n'est dépistée que difficilement et tardivement. Leur handicap sensoriel retentit sur leur comportement psychomoteur d'une manière alors inexplicable : gestes maladroits, gauches, provoquant des bris d'objets. Ces gestes sont considérés à tort par les parents comme relevant d'une perturbation caractérielle : inattention, désobéissance, étourderie, et provoquent des corrections physiques ou des sévices injustifiés qui n'arrangent en rien le comportement de l'enfant tant que l'étiologie exacte des troubles n'a pas été mise en évidence.

— Du point de vue moteur, le fait qu'un enfant handicapé par un déficit musculaire, par une atrophie osseuse, une amputation, ou une paralysie, retentit sur son autonomie d'action ou son comportement journalier.

*Obs. n° 22.*

Brigitte D... est la 6<sup>e</sup> d'une famille de 8 enfants bien élevés et choyés. Elle est née prématurément par césarienne et présente des pieds bots et une hémiplegie frustre ; elle seule est battue.

Si, dans la majorité des cas, les parents ont une attitude compréhensive et même un peu surprotectrice, il arrive qu'inconsciemment ou non les parents intègrent le handicap moteur de leur enfant comme une véritable tare et alors ces enfants sont comme rejetés et rendus responsables de leur infirmité. Le « coup du sort » réalisé par la présence de l'enfant inadapté, précipite et cristallise l'inadaptation relative des parents.

L'agressivité des parents peut croître au fur et à mesure des années, si l'infirmité motrice leur impose des contraintes qu'ils acceptent de plus en plus mal. Ceci est d'autant plus accentué que les frères et sœurs normaux calquent souvent leur attitude sur celle des parents. Ces enfants constituent donc un des cas fréquents d'« enfants cibles » sur lesquels nous reviendrons.

## b) Situation socio-juridique de l'enfant.

### ● *Enfants en situation juridique anormale.*

Nous parlerons plus loin du contexte social d'élevage de l'enfant qui relève plus spécifiquement des adultes en cause. Nous aurons surtout en vue ici les problèmes posés par la présence même de l'enfant au sein du couple parental — enfant non désiré, enfant naturel, enfant né d'un premier mariage, enfant adopté, enfant en milieu nourricier.

La grande majorité des cas que nous avons relevés montre que ces enfants sont mal intégrés au sein d'une famille instable dont au moins un des éléments parentaux, sinon les deux, est perturbé. Quelques exemples vont illustrer cette constatation.

#### *Obs. n° 31.*

Raymond G..., âgé de 16 mois, est tout d'abord hospitalisé une première fois pour de nombreuses ecchymoses suspectes au niveau du visage et un hématome intramusculaire au niveau de la cuisse droite. Les parents reprennent alors l'enfant contre avis médical sans qu'il y ait eu, semble-t-il, suspicion de sévice.

Une deuxième fois, l'enfant est revu pour une fracture ancienne de l'humérus droit en voie de consolidation.

La famille de Raymond est la suivante :

— le père a 40 ans, c'est un invalide de guerre (blessures à la tête), il ne travaille pas, il est violent et irascible ;

— la mère a 37 ans, elle est alcoolique et d'un premier mariage en Allemagne, elle a eu 4 enfants qui ont été abandonnés ou retirés. Hors mariage, elle a eu 3 enfants, un abandonné, un confié à son père en Belgique et un confié à la sœur de la mère. Puis, de son union avec le père de Raymond, elle a eu une fille, Irma, qui a été légitimée et qui semble choyée et ensuite Raymond qui est battu. Les complications matrimoniales de la mère et la place occupée par Raymond dans sa famille expliquent en partie les sévices.

L'enfant, un peu débile, a été placé en nourrice et s'y est bien intégré, mais on apprend que le père a demandé

restitution de son enfant, et qu'il lui a été rendu 2 ans après la décision judiciaire de retrait qui avait pourtant placé l'enfant sous la garde des services de la Population jusqu'à 21 ans.

*Obs. n° 26, déjà citée.*

Martine F... est hospitalisée à l'âge de 2 ans pour un hématome sous-dural bilatéral accompagné d'hématomes sous-cutanés.

La mère, 22 ans, est célibataire. L'enfant est mal accepté par la mère.

*Obs. n° 35.*

Marcel J..., ancien prématuré, est hospitalisé à l'âge de 2 ans pour une hypotrophie considérable (5 kg 700 à 22 mois), ne parlant pas, ne marchant pas.

La mère est une débile mentale de 26 ans, célibataire, ayant deux autres enfants de 5 ans et 1 an, vivant dans une pièce insalubre.

*Obs. n° 55.*

Yvette O..., âgée de 6 ans, est battue par sa mère. ancienne pupille, serveuse de bar. Yvette a été élevée par sa mère jusqu'à 14 mois, puis divorce des parents et l'enfant est placée en nourrice jusqu'à l'âge de 4 ans. La mère la reprend lors de son remariage et c'est à ce moment que débutent les mauvais traitements.

*Obs. n° 71.*

Henri-Michel T... est élevé par sa mère jusqu'au décès de celle-ci, alors que Henri-Michel a 2 ans. Il est placé en nourrice pendant 2 ans — celle-ci d'ailleurs « boit et rabroue l'enfant » — puis le père s'étant remarié, l'enfant regagne le nouveau foyer et sa belle-mère le prend alors en grippe et se comporte en véritable furie.

*Obs. n° 56.*

Eric P... décède à l'hôpital à l'âge de 1 mois d'une staphylococcie pleuro-pulmonaire. La mère, âgée de 18 ans, issue d'une famille alcoolique, a épousé M. P... qui devient le père légal sans être le procréateur. L'enfant est d'emblée rejeté par sa mère débile et inconsciente, et le manque de soins grave amène la mort de l'enfant.

Ces quelques exemples montrent que ces malheureux enfants sont victimes de leur situation juridique anormale et que leur seule présence non acceptée provoque l'agressivité du milieu familial et finalement leur rejet.

Les enfants peuvent être d'emblée rejetés et maltraités ou au contraire, c'est parfois seulement lors d'un changement de la situation familiale que la présence de l'enfant va se révéler gênante, soit matériellement, soit par les antécédents familiaux qu'il incarne.

● *Enfant séparé de sa mère.*

Un point qui nous est apparu très important tant par ses conséquences pour l'enfant que par les responsabilités médico-sociales qu'il soulève, est celui des enfants placés très jeunes en nourrice ou en établissement, c'est-à-dire en fait séparés momentanément de leur milieu familial normal.

Ces placements sont réalisés en général dans les premiers mois de la vie. Les enfants sont confiés à une nourrice ou placés dans des pouponnières publiques ou privées. Cela parfois à l'initiative des parents eux-mêmes qui désirent se séparer de l'enfant pour de multiples raisons surtout sociales : logement insalubre, mère devant travailler, présence de l'enfant jugée indésirable momentanément, maladies des parents. Mais parfois à l'initiative des services sociaux ou des établissements hospitaliers pour des raisons surtout médicales : maladies chroniques, hypotrophie, chétivité.

Ces placements sont inspirés par des intentions justifiées et louables — hormis le cas où ils déguisent un abandon inavoué de la part des parents. — Ils sont effectués dans l'intérêt sanitaire ou social de l'enfant ; cependant, on constate qu'ils peuvent aboutir à un résultat opposé au bien de l'enfant. En effet, cette séparation qui procure un bien-être temporaire à l'enfant, entraîne aussi un relâchement réel et profond du lien affectif l'unissant à sa famille. Cela peut entraîner en fin de compte, lorsque l'enfant est rendu au foyer, son rejet par le milieu parental où son arrivée après plusieurs mois de séparation vient perturber l'équilibre qui s'est installé dans sa famille. L'enfant a été en quelque sorte oublié et il n'a plus sa place. Il va même gêner d'autant plus que son caractère s'est formé et qu'il est devenu un véritable étranger au sein de sa propre famille. Les observations suivantes en sont la démonstration.

*Obs. 11 et 12.*

Elisabeth et Mattéo C... sont des jumeaux nés le 5 septembre 1965. Ils sont nés prématurés et Mattéo doit même être exsanguiné. Ils sont bien entendu placés au Centre de Prématurés pour élevage, cela jusqu'à la fin du mois de novembre. Puis, ces enfants restant hypotrophiques et la famille comprenant déjà deux frères de 3 et 2 ans, et

logée dans une mansarde éclairée par une lucarne et sans eau (cf. enquête sociale), les médecins décident de placer ces enfants en pouponnière pour complément d'élevage pendant 3 mois.

Ces enfants sont finalement rendus à leur famille en février 1966, c'est-à-dire âgés de 6 mois.

Puis, malheureusement, bien que ces enfants aient été surveillés par l'assistante sociale du secteur, ils sont réhospitalisés le 20 mai 1966 ; Elisabeth décède dès l'entrée à la suite des coups reçus qui ont provoqué entre autres lésions, une fracture du crâne avec hématome sous-dural.

Mattéo, lui, est également porteur de nombreuses plaies, d'hématomes sous-cutanés et de 2 fractures. Donc, en 3 mois, ces enfants sont rejetés et battus par leur mère bien qu'au-paravant toutes les mesures médicales et sociales aient été parfaitement conduites.

*Obs. n° 30, déjà citée.*

Pascal G... est âgé de 3 ans et demi lorsque des voisins avertissent la police qu'il est battu par sa mère. Il présente un aspect cutané caractéristique fait d'ecchymoses au visage, de ragades au niveau des cuisses et d'hématomes sous-cutanés au niveau du coude droit et des genoux. Or, on apprend qu'enfant naturel, il a été placé en nourrice jusqu'à l'âge de 3 ans et qu'il n'a été repris par sa mère que lors du mariage de celle-ci à cette époque.

Cet enfant, qui n'a donc jamais vécu avec sa mère est repris par elle alors que sa situation familiale se normalise par son mariage, mais il n'y a pas eu d'attachement affectif de la mère à l'enfant.

*Obs. n° 55, déjà citée.*

Yvette O..., 6 ans, a d'abord été élevée par sa mère jusqu'à l'âge de 14 mois, puis placée en nourrice jusqu'à l'âge de 4 ans. A nouveau reprise par sa mère, elle vit avec celle-ci jusqu'à l'âge de 6 ans, âge où les sévices sont décelés. Par la suite, après un retrait temporaire, l'enfant a été rendue avec une mesure d'assistance éducative. Malheureusement, elle a dû être une seconde fois retirée du milieu familial, les sévices ayant récidivé.

Cette observation permet d'attirer l'attention sur un fait que nous retrouvons à plusieurs reprises : l'enfant retiré pour sévices et dont la famille réclame la restitution. Il est en général rendu facilement car la réclamation des parents laisse supposer un amendement de leur conduite. Or, ce même enfant est retrouvé un peu plus tard, à nouveau maltraité et la bonne volonté apparente des parents

se révèle comme mensongère. Leur demande de restitution n'était qu'un prétexte pour se disculper des accusations antérieures portées contre eux. D'ailleurs, dans l'intervalle où l'enfant a été placé, aucune mesure sociale et éducative n'a été en général appliquée à cette famille.

*Obs. n° 22, déjà citée.*

Brigitte D... est la 6<sup>e</sup> d'une famille de 8 enfants. Elle est née prématurément par césarienne et présente des pieds bots et une hémiplegie frustrée. Elle est d'abord placée en centre de prématurés pendant 4 mois, puis, après 5 mois au foyer, elle est à nouveau placée pendant 9 mois en pouponnière (nous n'avons pu tirer au clair les raisons de ce très long placement, mais il est probable que c'est à la demande de la mère devant les infirmités de l'enfant). Elle est ensuite confiée à deux reprises à une parente et, enfin à l'âge de 4 ans cette enfant est hospitalisée à l'initiative de la mère qui semble vouloir prouver que sa fille est anormale et elle réclame un nouveau placement. C'est alors que l'on découvre des traces de sévices.

Cette observation soulève plusieurs problèmes :

— celui des handicaps de l'enfant qui semblent avoir été le point de départ des coups, les autres enfants sont décrits comme bien tenus et bien élevés;

— celui des placements imposés par la mère sans que personne ne s'interroge sur les motivations et surtout les conséquences de ces éloignements de Brigitte du milieu familial;

— celui d'un « enfant cible » rejeté à la fois par ses parents et ses frères et sœurs, problème que nous évoquerons plus loin.

Ces exemples, pris parmi beaucoup d'autres, démontrent que, sans vouloir pour cela innocenter les parents, l'absence de l'enfant du foyer, même si elle paraît parfaitement justifiée est un facteur qui favorise les sévices.

Cette constatation mérite réflexion. Il est indiscutable que, dans toutes nos observations, la perturbation grave du milieu familial (mère célibataire, logement très défectueux, alcoolisme), ou l'état médical de l'enfant (en particulier la prématurité) justifient l'hospitalisation ou un placement en pouponnière ou en nourrice.

Or, si ces mesures sont utiles sur le plan médical, elles ne constituent qu'une mesure palliative et temporaire. Lors du rétablissement de la santé de l'enfant ou de l'amélioration des conditions de vie de la famille, des problèmes délicats peuvent surgir au retour de

l'enfant du fait de la rupture des liens affectifs unissant la famille à l'enfant placé.

De plus, il arrive que l'enfant revenu dans un milieu qui lui paraît étranger manifeste une opposition et une agressivité qui ne manqueront pas de choquer une mère non avertie.

Il faut donc constater dans un certain nombre de cas un échec des mesures médico-sociales prises en faveur de ces enfants. Nous pensons que cela est dû, non pas à ces mesures en elles-mêmes, mais au fait qu'on a visé uniquement à une protection médicale et qu'on a négligé d'envisager les problèmes psychologiques de la séparation imposée à l'enfant et à sa famille.

Nous exposerons à la fin de ce travail des propositions constructives ayant pour but la prévention. Disons, d'ores et déjà, qu'il y a lieu, dans ce cas précis, de ne plus envisager l'enfant uniquement dans son être physique à un moment donné mais de prendre conscience :

1) que le lien mère-enfant est primordial et doit être à tout prix préservé et développé;

2) que l'enfant est un être en constante transformation et que celle-ci doit se faire naturellement et en harmonie avec le milieu familial quelles que soient les critiques qui peuvent être portées contre celui-ci. Il nous semble donc plus logique d'œuvrer d'une manière équilibrée en faveur de l'enfant dans son bien-être physique et du milieu familial dans son climat socio-affectif.

Dans la pratique hospitalière courante, il existe d'ailleurs certains indices qui peuvent révéler à l'infirmière ou au médecin une situation qui risque d'évoluer d'une manière sinon dangereuse, du moins délicate.

Ces indices sont les suivants :

1° Les simples renseignements d'état civil concernant la famille (concubinage, remariage, mère célibataire).

Professions exposées : par exemple, mère « serveuse de bar ».

2° Le cadre social de la famille :

- conditions de logement,
- état de santé des parents,
- nombre de frères et sœurs et leur état de santé (hospitalisations précédentes, maladies ou même mort plus ou moins explicable).

3° L'attitude des parents vis-à-vis du médecin :

- dans la description du début de la maladie,
- dans les termes employés pour décrire le développement psychomoteur de l'enfant (termes d'agressivité ou d'indifférence ou de mensonge).

4° L'attitude des parents à l'égard de l'enfant hospitalisé :

- visites de pure forme,
- attitude indifférente ou surprotectrice,
- absence totale de visite ou de demande d'informations sur l'état de santé.

5° L'attitude des parents lors de la proposition de placement :

- acceptation résignée sans réaction d'intérêt.
- soulagement manifeste.

Malheureusement ces indices, appuyés éventuellement sur une enquête sociale, restent d'appréciation subjective et surtout ne sont notés nulle part. L'enfant étant parti en placement, personne n'a plus notion du risque de détérioration éventuelle du lien familial que court l'enfant. Cela pourra aboutir à un retour difficile au foyer sans que quiconque en soit conscient et que nulle responsabilité ne puisse être précisée.

### c) L'enfant cible.

Plusieurs de nos observations ont relevé, dans certaines familles, qu'un seul enfant y était battu. Il fait partie d'une fratrie plus ou moins nombreuse et il est électivement victime de sévices alors que ses frères et sœurs sont traités d'une façon à peu près normale par les parents.

Ce malheureux enfant, isolé au milieu de ses frères et sœurs, est victime de sévices sans particularités cliniques, mais ce qui est notable c'est qu'il est seul à les encourir. Ce fait a déjà été noté depuis longtemps, et dans son livre *« L'enfant en croix »*, Georges LEVAL décrit d'une manière particulièrement lucide son calvaire d'enfant martyr. Il est seul en butte à la haine de sa mère alors que ses frères et sœurs sont choyés, et même plus, il décrit le conditionnement de ceux-ci contre lui.

Les points particuliers que nous envisagerons à propos de l'enfant cible sont les suivants :

- 1° motivation des sévices contre un seul enfant,
- 2° la conduite pratique à tenir, qui peut être particulièrement délicate.

## I. — LES MOTIVATIONS PARTICULIÈRES.

Elles sont en rapport avec des circonstances tenant à l'enfant et fort nombreuses.

### *Dès la conception.*

Il peut s'agir d'un enfant non désiré et dont l'attente cristallise chez la mère un faisceau de griefs anciens, conscients ou inconscients.

Il peut s'agir d'une grossesse illégitime, chez une mère célibataire, veuve ou divorcée. L'enfant est alors tenu comme responsable et considéré comme objet des reproches vis-à-vis du procréateur.

Il peut s'agir chez un couple, d'une grossesse adultérine; la mère se sentira coupable et en rejettera la faute sur l'enfant; le mari trompé, s'il est au courant de son infortune ou soupçonne que cet enfant n'est pas de lui, rejettera également cet enfant.

*Obs. n° 38, déjà citée.*

Patricia K..., âgée de 5 ans est brûlée aux doigts par son père légal. Déjà celui-ci l'avait battue et lui avait administré des corrections à coups de ceinturon.

L'on apprend par la mère qui est en instance de divorce que l'enfant ne serait peut-être pas du père et qu'il préfère nettement un fils âgé de 2 ans et demi.

### *Au cours de la grossesse.*

Il peut s'agir d'une grossesse pénible pour la mère à cause d'ennuis médicaux : douleurs, vomissements, etc., d'un surmenage moral et psychique ou de grossesses antérieures souvent rapprochées. La future mère aura, dès avant la naissance, un ressentiment contre l'enfant et au lieu de l'accueillir prendra au contraire une attitude hostile lors de la naissance.

Enfin, au cours de la grossesse, la mère peut se trouver en difficultés familiales (disputes avec le mari, séparation ou divorce), en

difficultés sociales (expulsion du domicile, chômage, misère en général). Toutes ces circonstances pourront faire que l'enfant attendu ne trouvera pas à sa naissance une place normale. On peut parler dans ces cas de « fœtus agresseur ».

#### *A l'accouchement.*

Ici encore, plusieurs séries de mobiles peuvent intervenir.

Du point de vue médical, on peut retrouver un accouchement long, difficile, particulièrement douloureux, dans de mauvaises conditions matérielles. Ces circonstances en elles-mêmes ne sont pas en général des facteurs prédisposants aux sévices, mais survenant soit pour un enfant non désiré, soit après une grossesse pénible ou non acceptée, seront un point d'appel supplémentaire à un rejet de plus en plus accentué de l'enfant.

#### *Obs. n° 19.*

Dominique D... est âgé de 5 ans lorsqu'on découvre des sévices dus à la mère. Celle-ci est certes notoirement alcoolique et néglige ses six autres enfants, mais elle bat surtout Dominique. On apprend que celui-ci est né prématurément à 7 mois et demi sur la voie publique.

D'autre part, du point de vue psychologique, le sexe de l'enfant qui naît peut être d'une certaine importance dans le point de départ de sévices. En effet, il peut y avoir déception à la naissance d'avoir un enfant du sexe opposé à celui qui était désiré et cela parfois d'une manière pathologique. Dans la majorité des cas, cette déception, assez fréquente, est rapidement surmontée et s'évanouit très vite. L'enfant est alors bien intégré au sein de la fratrie. Mais parfois, la polarisation des parents vis-à-vis du sexe de leur enfant peut aboutir à une hostilité délibérée, conduisant à des sévices dirigés sur les organes génitaux.

#### *Obs. 62, déjà citée.*

Jean-Claude Q... est né le 7 décembre 1961 d'une famille comprenant déjà 3 sœurs aînées toutes bien portantes et bien soignées. Il est hospitalisé le 12 septembre 1963 à la demande du pédiatre consulté et l'on constate une fracture ancienne du fémur ayant guéri sans intervention médicale, des plaies buccales curieuses, en particulier une section incomplète de la luette et enfin des traces de striction par liens à la racine de la verge comme si on avait

voulu couper celle-ci. Plainte a été déposée et il s'est avéré plus ou moins nettement à la lumière des débats judiciaires que la mère rejetait ce garçon, ne désirant avoir que des filles. Les motivations profondes n'ont pas été élucidées. L'attitude du père, non inculpé, a paru suspecte au médecin...

L'enfant a été confié aux services de la Population jusqu'à 21 ans et la mère condamnée à 1 an de prison avec sursis.

Cette observation montre jusqu'à quel point peuvent aller la perversion et la haine maternelle, fixée sur le sexe de l'enfant; en outre, la déception subjective des parents détermine le sévice, car on pourrait s'attendre logiquement ici à un accueil favorable d'un garçon après 3 filles...

*Lorsque l'enfant grandit.*

Ici encore, on retrouve de nouvelles motivations pour en faire un enfant cible.

Cela peut être du fait de l'enfant lui-même, différent des autres frères et sœurs, soit par son habitus-extérieur : malingre et renfermé ou au contraire exubérant et désobéissant, soit par les tares dont il est porteur et dont on le rend responsable : infirmités motrices, énurésie, etc. Ces griefs dont nous avons déjà parlé sont communs à tous les enfants battus mais surviennent ici chez un enfant isolé au milieu de frères et sœurs considérés comme plus normaux dans leur comportement ou leur santé.

Il peut arriver en plus que ces malheureux soient victimes non seulement des sévices conscients de leurs parents mais aussi de la cruauté inconsciente de leurs frères et sœurs.

*Obs. n° 22, déjà citée.*

Brigitte D... est née le 13 mars 1960 dans une famille dont le père est un orphelin, instable, divorcé et remarié avec la mère de Brigitte, elle-même aussi divorcée et battue par son premier mari. Brigitte est la 6<sup>e</sup> enfant — les 5 premiers étant nés en 1951, 53, 54, 56 et 57 — deux autres enfants naîtront en 1961 et 64. Elle présente des tares physiques et a été placée longtemps. Elle est rejetée et battue non seulement par sa mère mais par ses frères et sœurs qui la considèrent comme une étrangère et une intruse au sein du clan familial.

Brigitte a été définitivement confiée à une parente.

Les malheurs de Brigitte peuvent s'expliquer par son éloignement de l'enfant du milieu familial. Nous ne reviendrons pas sur ce point déjà étudié à propos des enfants placés, mais il s'avère que si un seul des enfants de la fratrie est séparé de la famille, il en résulte une prédisposition aux sévices.

## 2. — CONDUITE PRATIQUE A TENIR.

Sans vouloir anticiper sur l'aspect préventif et juridique, disons que la découverte d'un enfant battu au sein d'une fratrie normalement élevée pose de délicats problèmes à la fois sur le plan du dépistage, sur le plan de la protection de cet enfant et sur le plan de l'action judiciaire à exercer envers les parents.

### *Sur le plan du dépistage.*

La constatation par le médecin, par les services sociaux ou même policiers de l'existence de frères et sœurs bien élevés et bien tenus orientera dans un sens optimiste une enquête sociale qui amènera à douter de la réalité des sévices observés chez l'enfant, à moins que ceux-ci ne soient vraiment majeurs et tout à fait indiscutables.

### *Sur le plan de la protection de l'enfant.*

Il ne peut exister qu'une action directe bien aléatoire au sein de la famille puisque les motivations affectives sont en général majeures.

D'autre part, si le retrait de l'enfant aux parents peut normalement se justifier, il entraîne automatiquement la séparation d'avec les frères et sœurs. Elle peut être non seulement néfaste en tant que telle si ces derniers constituent un soutien moral à l'enfant, mais elle risque en plus de rompre définitivement les liens affectifs unissant les frères et sœurs entre eux. Cela bien entendu dans le cas où il n'existe pas d'autre justification à séparation du milieu familial des autres frères et sœurs.

### *Sur le plan de l'action judiciaire à exercer envers les parents.*

Il est bien certain qu'une poursuite et une condamnation des parents, méritée pour les sévices exercés envers l'enfant cible, retiendra d'une manière inéluctable sur les autres enfants. Ceci ne peut avoir que des conséquences néfastes et regrettables sur leur éducation et sur leur équilibre affectif.

## II. — CONTEXTE PSYCHO-SOCIAL DES INCULPES

Du point de vue psychologique, nos informations sont malheureusement fragmentaires et incomplètes. En effet, en raison du déroulement des faits, une approche psychologique valable des motivations profondes des parents inculpés est impossible. Lorsqu'un sévice est décelé par un service social ou médical, plus rarement directement par la police, le point de départ en est pratiquement toujours l'enfant victime. Une fois celui-ci soigné ou soustrait à ses bourreaux, une plainte est déposée qui entraîne une inculpation des parents : ceux-ci sont alors dans les mains de la police et des juges. A aucun moment, il ne peut y avoir intervention d'un psychologue ou d'un psychiatre. C'est seulement lors de l'instruction et de l'éventuel procès que peuvent intervenir soit les arguments de l'avocat qui déduira des faits une approche de motivation superficielle en vue de défendre les inculpés, soit une expertise psychiatrique qui statuera surtout sur l'état mental à proprement parler.

Donc, dans aucun cas, nous n'avons pu avoir un véritable bilan psychologique des parents qui aurait permis d'entrevoir les motivations profondes.

Cependant, si le point de vue psychologique est à ce point pauvre, en compensation, l'aspect social pur, c'est-à-dire les conditions et les habitudes de vie des inculpés, nous sont parfaitement connues. Elles nous semblent dicter d'ailleurs dans une très large part l'attitude des bourreaux et constituer les composantes majeures du comportement psychologique.

Les données sociales relatives aux parents inculpés peuvent se regrouper en 4 rubriques :

- 1) Antécédents sociaux : manque d'éducation, orphelins, anciens pupilles, étrangers.
- 2) Conditions familiales : concubinage, mère célibataire, remariage, nombre d'enfants.
- 3) Santé mentale : débilité mentale, éthylisme.
- 4) Milieu socio-professionnel : logement, travail ou chômage, paupérisme.

## α) Les antécédents sociaux.

Nous retrouvons dans nos observations un certain nombre de facteurs concernant les antécédents des inculpés, qui peuvent concourir à expliquer leur comportement.

### LE MANQUE D'ÉDUCATION.

— Terme pris dans son sens le plus global — est un fait assez caractéristique. On le retrouve dans tous les domaines : carence éducative, carence d'éducation familiale (enfance déjà malheureuse, enfants laissés à eux-mêmes, délinquance), carence d'éducation scolaire (scolarité sommaire ou incomplète — absence de certificat d'études, ou même analphabétisme) — carence d'éducation civique et sociale (manque total d'intégration sociale, isolement de la société, méconnaissance de leurs devoirs et de leurs droits, ignorance totale des formalités administratives dans le domaine familial et social) — carence d'éducation professionnelle (mise au travail sans apprentissage, métiers de manœuvre) — carence d'éducation sanitaire (ignorance des notions élémentaires d'hygiène, d'alimentation et de soins).

### LA SITUATION FAMILIALE ORIGINELLE.

— Nous retrouvons ici une nouvelle carence : la carence affective. En effet, on observe parmi les bourreaux d'enfants un certain nombre d'orphelins, d'anciennes pupilles de l'Assistance publique, ou d'orphelins de fait : enfance passée en nourrice ou en placements divers. Cette constatation nous semble paradoxale, puisque l'on pourrait s'attendre au contraire à ce que ces parents veuillent éviter à leurs propres enfants la situation carentielle qu'ils ont connue et les aiment et les choyent d'autant plus : peut-être s'agit-il là d'une sorte de vengeance inavouée et de dévouement envers leur propre enfance, ou peut-être ne peuvent-ils simplement pas donner ce qu'ils n'ont pas reçu.

A propos des anciennes pupilles de l'Assistance Publique, il nous faut signaler dès maintenant qu'au manque d'affection — qui ne se trouve d'ailleurs pas dans la majorité des cas — se surajoute le manque d'une formation professionnelle suffisante. Ce fait provoque, dès leur entrée dans la vie adulte, un handicap pour une promotion sociale harmonieuse et ces anciens pupilles risquent de

se trouver dans un paupérisme global aggravé par le fait qu'ils n'ont aucun appui familial possible.

*Obs. n° 30, déjà citée.*

Pascal G... est âgé de 3 ans et demi lorsque son ancienne nourrice découvre que la mère à qui l'enfant avait été rendu 6 mois avant, le battait.

Cette mère est une orpheline de fait (mère hospitalisée au centre 'psychiatrique). Elle est débile, impulsive et agressive.

*Obs. n° 34.*

Astrid G..., 6 ans, présente de nombreuses cicatrices sur le visage et une fracture ancienne du nez.

La mère est âgée de 33 ans, et c'est une ancienne pupille qui est violente et brutale, avec ses 4 enfants qui lui sont retirés.

Dans 6 cas, de notre série, nous avons trouvé une mère ancienne pupille ou orpheline, soit 9,1 % des mères en cause.

#### LES ÉTRANGERS.

Il s'agit ici de la conséquence de la transplantation avec tous les facteurs traumatisants que cela comporte : déracinement, isolement, voire certaine hostilité raciale. Dans nos cas, nous relevons un certain nombre de parents d'origine nord-africain ou italienne. Ceci correspond à l'origine des immigrants de notre région.

Il existe pour ceux-ci des barrières linguistiques, raciales ou coutumières, qui empêchent leur intégration harmonieuse dans leur nouveau lieu d'implantation. Ils ne trouvent que difficilement un logement et celui-ci est souvent insalubre. Ils ont un travail de manœuvre, entretenant une situation au bas de l'échelle sociale, ceci d'autant plus qu'il s'agit souvent de familles nombreuses.

#### b) Les conditions familiales.

Nous constatons que des bourreaux d'enfants peuvent exister au sein d'une cellule familiale normalement constituée du point de vue juridique. Mais dans beaucoup de nos observations, nous retrouvons chez l'un ou l'autre des parents une situation maritale perturbée. Il peut s'agir de concubinage, d'une mère célibataire, d'un remariage, de mères abandonnées, toutes situations influençant le comportement des intéressés dans un sens particulièrement défavorable avec une tendance asociale marquée.

Les familles nombreuses sont un facteur favorisant les sévices. Notre statistique montre l'énorme proportion de familles nombreuses : 67,3 % de familles de 4 à 8 enfants. Nous pensons que dans certaines conditions les parents débordés par un nombre trop grand d'enfants abandonnent toute éducation véritable.

Les enfants peuvent être issus d'un même lit, ou de lits différents, propres au père, propres à la mère ou issus du remariage. Ces enfants peuvent vivre ensemble sous le toit familial, ou un certain nombre sont déjà abandonnés ou placés chez des parents ou en établissement. Les grossesses rapprochées sont un facteur supplémentaire d'épuisement physique et nerveux de la mère de famille.

On constate aussi souvent dans la fratrie de l'enfant battu des antécédents suspects ou troublants : morts subites, par maladie étrange ou indéterminée, autres frères et sœurs placés en établissement psychiatrique ou atteints d'infirmités motrices.

*Obs. 57 et 58.*

La famille P... comprend 6 enfants.

Un garçon puis une fille bien portants, deux filles placées à de nombreuses reprises en pouponnière pour troubles nerveux.

Un garçon qui a présenté à l'âge de 1 an un hématome sous-dural post-traumatique, qui a été retiré par décision judiciaire, puis rendu.

Une fille qui a présenté à l'âge de 20 mois une fracture du fémur d'étiologie suspecte.

Enfin, deux enfants sont décédés : une fille à l'âge de 3 mois (on parle de prématurité) et un garçon à l'âge de 1 an : trouvé mort dans son lit : on parle d'hémorragies...

Les frères et sœurs de l'enfant battu peuvent être élevés normalement — nous l'avons vu à propos des enfants cibles — ou présenter également des traces de sévices plus ou moins caractérisées ou des carences graves d'hygiène et de soins.

### c) Santé mentale.

Nous entendons par là, essentiellement l'alcoolisme et la débilité. Il s'agit de 2 caractéristiques qui se retrouvent d'une manière quasi constante dans nos observations et qui nous semblent jouer un rôle majeur et déterminant dans le déclenchement et la continuité des coups.

## L'ALCOOLISME.

Il n'a été noté dans nos observations que lorsqu'il était notoire.

Nous l'avons relevé :

- chez le père seul dans 21 cas;
- chez la mère seule dans 3 cas;
- chez le père et la mère dans 8 cas.

Donc, sur 63 chefs de famille, 46,6 % sont alcooliques et sur 67 familles, 16,4 % des mères et 11,9 % des deux parents le sont. Ces chiffres sont certainement plus bas qu'en réalité.

Il s'agit le plus souvent d'un alcoolisme chronique évident, détecté facilement par toute personne même peu avertie qui approche le milieu familial. Il s'agit parfois de crises d'ivresse aiguë survenant sur un alcoolisme latent et c'est au cours de ces scènes d'ivresse que l'enfant est battu.

*Obs. de l'Est Républicain du 16-3-1966.*

René S..., 30 ans, manœuvre, est un buveur impénitent doublé comme cela arrive fréquemment en pareil cas d'un violent. Sa femme boit elle aussi : un véritable couple d'ivrognes impénitents... Un dimanche soir, totalement ivre, le père prend son fils âgé de 5 mois et le lance à sa femme pour jouer comme on le fait avec une balle qu'on se renvoie : un des époux (aucun des deux ne se souvient...) manque l'enfant qui tombe à terre sur la tête. Cette séance se reproduit dans la nuit.

A l'aube, une voisine trouve le bébé sur la table de cuisine, entre plusieurs litres vides et de la mangeaille : il vient de mourir.

L'autopsie montre que sa mort est due à un épanchement sanguin entre le cerveau et la boîte crânienne.

*Obs. n° 4.*

La famille B., comprend 5 enfants échelonnés de 15 ans à 2 ans. Le père a 34 ans et il est vannier, la mère a 31 ans et ils sont tous deux alcooliques notoires. Tout le monde vit dans une roulotte. Le dernier des enfants, Michel, se brûle grièvement au ventre et aux mains contre le fourneau. La mère essaie de le soigner elle-même avec des pansements sales qui ne tiennent pas...

Quinze jours plus tard ce sont les gendarmes qui interviennent au cours d'une scène d'ivresse et qui font enfin hospitaliser le petit brûlé qui pourra alors guérir rapidement.

Ces deux observations prises parmi beaucoup d'autres se passent de longs commentaires tant elles sont démonstratives.

Cet alcoolisme est surtout le fait du père qui est alors noté comme un être violent et irascible. Il s'agit donc, du point de vue médical, d'un alcoolique dangereux. L'alcoolisme de la mère est soit indépendant et isolé, soit jumelé à celui du mari et aggravant ainsi le sort des enfants.

L'alcoolisme du père se traduit dans les faits par des coups aux enfants alors que celui de la mère se traduit surtout par un manque majeur d'hygiène ou de soins, cette conjonction aboutissant à une vie familiale extrêmement perturbée et traumatisante pour les enfants. Le logement familial est alors décrit dans tous les cas comme un taudis.

Le rôle de l'alcoolisme nous semble capital. Il est responsable du comportement violent, irascible, et parfois inconscient des époux. Au surplus, c'est la cause de toutes les difficultés socio-professionnelles dont nous allons parler.

#### LA DÉBILITÉ MENTALE.

Nous avons déjà dit que, du point de vue médical pur, cette notion est rarement étudiée avec précision. Mais il ressort des témoignages des services sociaux, des médecins, ou même des avocats, des arguments convergents et convaincants permettant d'affirmer cette débilité même si elle recouvre une entité assez floue du point de vue médical. Il s'agit d'une notion globale dont les éléments d'appréciation sont nombreux et variés. Cette débilité se retrouve surtout chez la mère : nous l'avons noté dans 16 cas, soit 23.8 % de notre série.

##### *Obs. 43 et 44.*

Madame L... a été déchue du droit de garde pour ses trois premiers enfants en raison de son incapacité totale à les soigner. Elle n'a pas fait de grands progrès depuis, malgré une stabilité plus grande du ménage. Elle n'a aucune notion d'hygiène et son ménage est d'une malpropreté repoussante. Ni les conseils de l'assistante sociale ni les colères de son ami ne sont d'une grande efficacité.

##### *Obs. 13 et 14.*

Madame C... aime beaucoup ses enfants mais elle est débile, obstinée, soigne ses enfants à sa façon sans tenir compte d'aucun conseil, semblant craindre qu'on les lui prenne.

Cette débilité de la mère est importante par ses conséquences.

#### *Du point de vue médical.*

La mère débile est véritablement inconsciente soit de la portée de ses coups, soit des carences de soins qu'elle inflige à son enfant. De plus, elle est incapable d'apprécier l'état médical de son enfant et néglige de provoquer une aide médicale quand il en est encore temps.

#### *Du point de vue social.*

La débilité de la mère rend caduque toute tentative d'aide et d'éducation sanitaire des services sociaux. Même plus, cette débilité la pousse à craindre l'ingérence étrangère dans sa famille et lui fait repousser et rejeter toute l'aide extérieure proposée. La mère débile va claquer sa porte au nez de l'assistante sociale sans qu'aucune persuasion amicale puisse la faire revenir sur cette attitude.

#### *Du point de vue juridique.*

Cette débilité est mise à profit très largement par l'avocat pour invoquer l'irresponsabilité de sa cliente et c'est ainsi que de larges circonstances atténuantes sont accordées. Notons au passage que cela concourt à provoquer des pénalités insignifiantes et aberrantes par rapport à la gravité des faits.

Enfin, la santé mentale du couple est perturbée au maximum lorsqu'on retrouve un homme alcoolique uni à une femme débile. Que l'ivrogne ne trouve qu'une débile pour vouloir partager son existence ou que la débilité de l'épouse pousse l'homme à l'alcoolisme, le résultat est identique. Ce triste ménage s'avère le plus souvent très prolifique. Toutes les conditions sont alors réunies pour créer une famille misérable pour laquelle tous les efforts des services sociaux se révéleront aléatoires ou vains. Ce sont les fameux « cas sociaux », on devrait dire « asociaux », décourageants, aux difficultés perpétuelles. Nous avons relevé dans 9 cas, soit 13,4 %, un alcoolisme paternel associé à une débilité de la mère.

#### **d) Milieu socio-professionnel.**

Celui-ci est influencé par tous les facteurs familiaux et psychologiques que nous venons d'énumérer mais concourt cependant à aggraver ceux-ci.

## LE LOGEMENT.

Il s'agit d'un élément retrouvé chez 19 de nos 67 familles (28.3 %) ; on peut noter un logement insalubre : les fameuses « baraquas » disséminées dans les zones de toutes les villes, les roulottes, les péniches et à l'extrême, les bidonvilles ; ces logements, si l'on peut s'exprimer ainsi, sont mal clos, sans eau ni électricité, sans chauffage adéquat, sans aération suffisante, parfois infestés de rats ou de vermine. Cette description se passe de commentaires et montre la responsabilité de la société dans ce cas. On peut noter un logement plus salubre, mais d'une exiguité telle qu'elle ne permet pas une vie familiale normale : parents et 5, 6 enfants, parfois plus, logés dans une seule pièce. Cette exiguité entraîne par elle-même une dégradation rapide de l'équilibre familial : père fuyant vers le café, mère débordée et laissant aller, enfants dans une promiscuité néfaste à tous points de vue.

On peut noter enfin un phénomène plus nouveau, c'est celui du logement suffisamment salubre et grand, par exemple dans les cas de relogement en H.L.M., mais dont la carence ménagère de la mère en fait rapidement un endroit de saleté et de crasse. Il s'agit ici, bien entendu, surtout d'une carence éducative de la mère plus que des conditions de logement elles-mêmes.

### *Obs. non retenue.*

Enquête sociale concernant Bertrand C... âgé de 5 mois et porteur d'une gastro-entérite sévère par négligence des parents. Bertrand est le 10<sup>e</sup> enfant d'une famille de père algérien et de mère française. Cette famille occupe une maison lui appartenant de type LOGECO F 5 et qui serait tout à fait correcte si Madame C... avait la moindre notion ménagère, ce qui n'est pas le cas.

L'intérieur, comme les enfants, sont d'une saleté repoussante. Définitivement dépassée par une tâche pour laquelle elle n'a manifestement pas reçu la moindre formation, Madame C... ne sait ni soigner, ni nourrir, ni habiller ses enfants.

## LA PROFESSION.

Certes, les professions du père ou de la mère sont variées et n'ont parfois aucune influence sur le comportement des parents vis-à-vis de l'enfant. Mais nous avons cependant relevé un certain nombre de caractéristiques qui pouvaient influencer.

Le père :

L'absence de travail, c'est-à-dire le chômage, accidentel ou chronique, peut influencer par la présence permanente au foyer d'un père irritable et oisif, et aussi par la misère inhérente à cet état de fait.

Les professions exposées : nous entendons par là surtout le métier de manœuvre en bâtiment qui semble s'accompagner d'une manière particulièrement fréquente d'un alcoolisme prononcé.

Les professions instables : nous notons, dans 12 de nos cas, soit 19 %, la profession de manœuvre, avec tout ce que ce terme peut recouvrir d'imprécision. Nous pensons que l'on peut en retirer deux notions. D'abord celle d'une formation professionnelle et scolaire frustrée ou inexistante, ensuite, la notion de salaire bas et insuffisant qui peut influencer d'autant plus que la famille est nombreuse. Enfin, et cela n'est malheureusement pas toujours recherché et consigné dans les observations, on peut trouver un changement fréquent de travail traduisant au moins une inadaptation sociale.

Les notions de chômage ou de changements fréquents de métier vont conduire à une irrégularité ou une suspension dans la perception des allocations familiales et des prestations de Sécurité Sociale qui va retentir directement sur les conditions matérielles du foyer.

La mère :

La seule profession de la mère notée et qui se retrouve à plusieurs reprises, est celle de serveuse de bar. Il est bien certain qu'il s'agit ici encore d'une profession particulièrement exposée tant par l'alcoolisme sous-jacent que par l'instabilité que cela peut traduire dans les soins donnés aux enfants.

A noter que dans nos observations, nous trouvons une fois seulement une profession intellectuelle : Professeur de philosophie, et dans ce cas, le sévice n'a pas été avoué. Cela ne veut certainement pas dire que dans les professions dites évoluées, les sévices soient rares. Mais il s'agit plutôt de formes plus cachées, plus difficiles à mettre en évidence et surtout dont les victimes sont beaucoup plus rarement hospitalisées, donc détectées éventuellement par le seul médecin traitant.

#### LE PAUPÉRISME.

Nous n'insisterons pas, celui-ci n'étant que la résultante de tous les facteurs que nous venons d'énumérer : alcoolisme, débilité mentale, logement insuffisant et instabilité professionnelle.

Nous pensons que ce terme très paternaliste traduit plus réellement, actuellement, un véritable rejet de ces familles par la société industrielle. Celle-ci exige de plus en plus un minimum d'instruction et de spécialisation, pour permettre une intégration dans le contexte socio-professionnel. Cette intégration va faire participer l'individu et sa famille à la prospérité générale et lui assurer des avantages de sécurité d'emploi, de promotion professionnelle, de logement, d'allocations diverses et d'assurances maladie. Si l'individu ne peut, dès le départ, pour des raisons fort multiples, se hisser à un certain niveau social, un hiatus de plus en plus grand va se creuser au fur et à mesure entre la société qui prospère et cette famille mal logée, ignorante, sans ressources suffisantes. Ce fossé s'accroîtra proportionnellement au découragement et à la passivité des parents et au nombre croissant d'enfants.

Dans ces cas, les enfants sont parfois victimes de coups volontaires mais le plus souvent d'une carence très grave de soins ou d'aliments, qualifiée alors d'involontaire. Cette dernière catégorie d'enfant est aimée d'une manière normale ou même surprotégée en ce sens que les aides extérieures pour l'enfant (par ex. les placements en asile ou maisons sanitaires) vont être rejetées d'une manière brutale et presque instinctive. Tout se passe comme si les parents ressentaient une peur inconsciente que la société s'empare de leurs enfants et leur fasse franchir le pas vers un bien-être sanitaire et social qu'eux-mêmes sont incapables d'obtenir.

## SYNTHESE DES ASPECTS MEDICO-SOCIAUX ET APPROCHE DES MOTIVATIONS DES SEVICES

---

Dans toutes les publications anciennes, on trouve mention d'observations de sévices véritablement ignobles et monstrueux dénotant de la part de leurs auteurs des perversions majeures et des maladies mentales caractérisées.

Actuellement, ces observations diminuent en nombre pour faire place à des formes que nous pensons extrêmement nombreuses de sévices « moins voyants », mais tout aussi réels. C'est ainsi que les auteurs américains ont décrit une entité pédiatrique nouvelle qui n'était pas mentionnée auparavant. KEMPE propose « the battered child syndrome » (syndrome de l'enfant battu). FONTANA parle de « the maltreatment syndrome in children » (syndrome du mauvais traitement chez les enfants).

D'autres encore parlent de « unrecognized trauma » (traumatisme non reconnu), de « unsuspected trauma » (traumatisme insoupçonné), de « periostitis traumatic » (périostite traumatique), de « traumatization in children » (traumatismes d'enfants) ou encore de « parent induced trauma » (traumatismes causés par les parents).

Ces différents termes traduisent bien les difficultés du diagnostic. L'enfant maltraité présente rarement des signes cliniques évidents permettant un diagnostic formel. Il est souvent porteur de symptômes plus discrets de carence de soins, de négligence, de privation de nourriture et de coups. Si l'association de plusieurs d'entre eux est évocatrice, le diagnostic ne peut être certain,

qu'appuyé par les arguments sociaux. Le médecin doit donc compléter ses constatations cliniques par une enquête sociale. Mais, pour la demander, il est nécessaire qu'il soupçonne déjà les sévices.

Or, le médecin est handicapé dans l'interprétation de signes cliniques constatés. Il répugne à admettre, chez un petit enfant sans défense et habituellement choyé, une maladie provoquée par la bêtise ou la méchanceté de l'entourage.

Instinctivement, il est incité à rattacher le symptôme anormal à une maladie naturelle connue. D'autant plus qu'il ignore, le plus souvent, la maladie pédiatrique constituée par les mauvais traitements : elle ne lui a jamais été enseignée et il peut ne l'avoir jamais vue. Il n'est averti ni des éléments du tableau clinique ni de l'importance du contexte social. Alors que le médecin est indispensable au dépistage, il ne peut remplir son rôle par manque d'information.

Enfin, s'il soupçonne la vérité, il peut encore méconnaître les recours sociaux et judiciaires. Il se sent désarmé et ne sait comment poursuivre ses investigations. Il est ainsi amené à douter de ses constatations ou à se décharger sur d'autres du soin d'établir le diagnostic.

Si, par contre, il a su provoquer une enquête sociale, celle-ci étayera les arguments cliniques et permettra presque toujours un diagnostic certain. En effet, le contexte psychologique et social entourant l'enfant et ses parents conditionne la survenue des sévices.

Nos observations sont démonstratives : dans deux cas seulement l'on peut parler de véritable sadisme :

*Obs. n° 38.*

Le père de Patricia, 5 ans, lui a volontairement brûlé la pulpe des doigts avec une cigarette.

*Obs. n° 62.*

La mère de Jean-Claude, 2 ans, a tenté de lui couper la verge par un lien constrictif.

Dans toutes les autres observations, les facteurs psychologiques, sociaux et économiques sont prédominants. Bien que nous ne possédions pas d'examen psychiatriques des parents, la concordance des constatations cliniques, des enquêtes sociales, des témoignages policiers ou judiciaires met en évidence la prééminence constante, chez les parents, d'une personnalité frustrée et immature, associée à des conditions économiques et sociales hautement perturbées. Nous

rejoignons les conclusions de COHEN qui, dans une étude psychiatrique de quatorze parents inculpés de coups à enfants, a démontré l'absence, dans tous les cas, de maladie psychotique ou névrotique majeure, mais la présence d'une personnalité immature avec des problèmes familiaux et économiques multiples. REINHART et ELMER aboutissent aux mêmes conclusions.

La présence au foyer d'un enfant désarmé, parfois affligé d'une tare physique ou mentale, ne sera finalement que le point d'appel aux sévices : ceux-ci ne sont que l'aboutissement d'une situation sans issue. La situation la plus critique est réalisée lorsque parents et enfants sont constitutionnellement oligophrènes : nous avons relevé 5 observations de ces cas, soit 7,5 % des familles en cause.

Nous pensons donc, que, chez des parents pauvres sur le plan matériel, moral et intellectuel, les conditions familiales perturbées, l'éthylisme, le logement insuffisant, peuvent être une cause suffisante au déclenchement des sévices. Ceux-ci, survenus dans de telles circonstances vont se pérenniser et l'enfant fera les frais de ce cercle vicieux. Seule une intervention extérieure pourra le rompre : celle du médecin, entre autres, devrait être très efficace. Il peut établir un diagnostic et, ayant formulé un pronostic, mettre en œuvre la protection de l'enfant.

Le pronostic se basera sur une appréciation de la gravité des faits. Cette notion est choquante *a priori* car on peut penser que, les sévices étant réels, il n'y a pas lieu d'en apprécier la gravité pour agir.

En pratique, il en va autrement et le médecin doit tenir compte du pronostic avant d'entreprendre des démarches pour protéger l'enfant. C'est sur la gravité des faits, notion certes aléatoire, subjective et imparfaite que se basera l'attitude du praticien : dans l'intérêt même de l'enfant, elle ne sera pas univoque.

Si le médecin estime les sévices de « faible gravité », il essaiera de protéger l'enfant sans engager d'action contraignante : il pourra raisonner les parents et suivre régulièrement l'enfant, en se faisant seconder au besoin par l'assistante sociale du secteur.

S'il estime les sévices de « gravité moyenne », il fera un signalement aux autorités sanitaires : en l'occurrence, au Directeur Départemental de l'Action Sanitaire et Sociale.

S'il estime les faits graves, il est de son devoir d'alerter le Procureur de la République ou le Juge des Enfants pour que l'enfant bénéficie d'une protection légale immédiate.

Ainsi, le médecin a un rôle privilégié dans le dépistage des sévices et dans la protection à entreprendre. Il doit savoir diagnostiquer cliniquement les mauvais traitements et étayer ses convictions par une bonne connaissance du contexte psychologique et social de la famille.

Enfin, il devra savoir alerter, à bon escient, les organismes sociaux et judiciaires qui se chargeront de la Protection de l'enfant.

## ASPECTS JURIDIQUES

---

### I. — ORGANISATION ACTUELLE

Depuis une dizaine d'années, les pouvoirs publics ont pris conscience de la nécessité, non seulement de protéger l'enfant victime, mais de mettre en place les premiers éléments d'une prévention de l'enfance en danger.

Les innovations les plus importantes, en ce qui concerne la protection morale, sociale, éducative et judiciaire des enfants, datent des années 1958 et 1959. Les divers projets étudiés à cette époque ont abouti à un ensemble de dispositions qui, en ménageant autant que possible les droits des parents, donnent à l'autorité administrative et au Juge des Enfants, la possibilité de remédier avec le maximum de rapidité et de souplesse aux situations très diverses dont ils sont saisis.

#### α) Les textes.

*L'ordonnance n° 58-1301 du 23 décembre 1958*, relative à la protection de l'enfance et de l'adolescence en danger (*J.O.* du 24 décembre 1958), constitue la charte de base de la protection judiciaire de l'enfance. Elle est contenue dans les articles 375 à 382 du Code civil. Nous en retiendrons les éléments principaux :

- elle crée un service départemental de prévention;
- elle permet au Juge des Enfants d'intervenir, même d'office, à l'égard des mineurs de 21 ans dont la santé, la sécurité, la mora-

lité ou l'éducation sont compromises, soit pour assurer leur placement, soit pour provoquer une action éducative au sein du milieu familial. Elle rénove l'Assistance éducative instituée par le décret-loi du 30 octobre 1935 et confie son exercice au Juge des Enfants. De plus, ce texte fondamental donne une définition très large de l'enfant en danger : l'enfant en danger physique est protégé comme l'est l'enfant en péril moral;

— elle se substitue pour la protection de l'enfance maltraitée à l'ancienne loi du 19 avril 1898.

*Le décret n° 59-100 du 7 janvier 1959*, relatif à la Protection sociale de l'enfance en danger (*J.O.* du 8 janvier 1959), est entièrement consacré à l'Action Sociale Préventive : il confie au directeur de la Population et de l'Aide Sociale (depuis juillet 1964 : directeur de l'Action Sanitaire et Sociale) la responsabilité du service de prévention et crée un Conseil de Protection de l'Enfance à l'échelon départemental, destiné à assurer la collaboration entre les divers services œuvrant à la protection de l'enfance en danger et à provoquer toutes études en cette matière.

Ces deux textes fournissent les éléments de base qui ont été précisés dans la circulaire d'application n° 555 à 3.934 (61-6) du 8 février 1961 du ministère de la Santé publique et de la Population.

Nous avons pu relever en outre, concernant la protection de l'enfance : 5 ordonnances, 6 décrets, 7 circulaires, 9 arrêtés interministériels et 1 instruction ministérielle.

Tous ces textes, échelonnés de 1958 à 1964, montrent l'effort considérable du législateur et son souci d'améliorer la situation de l'Enfance en danger.

Ils traduisent aussi, à nos yeux, leur caractère incomplet, la difficulté de coordination des services existants, et finalement la complexité de l'ensemble.

## **b) Les autorités compétentes.**

Elles sont au nombre de deux : le Juge des Enfants et le Directeur de l'Action Sanitaire et Sociale.

### **1° LE JUGE DES ENFANTS.**

Il a été institué par ordonnance du 2 février 1945. Son ressort est en principe le département (par exception, certains départe-

ments comptent plusieurs Juges des Enfants : par exemple, en Meurthe-et-Moselle, deux Juges des Enfants à Nancy et un à Briey).

Il s'agit d'un magistrat spécialisé de l'ordre judiciaire chargé d'instruire et de juger les affaires de mineurs délinquants ou en danger, ressortissant légalement de sa compétence.

Il est choisi, compte tenu de l'intérêt qu'il porte aux questions de l'enfance et de ses aptitudes, parmi les juges du Tribunal de Grande Instance et il est nommé pour une durée de trois ans.

Sa formation est assumée par le Centre de Formation et d'Etudes du ministère de la Justice de Vaucresson ainsi que par certains stages particuliers, tel celui du Centre International de l'Enfance.

Sa compétence est très vaste depuis l'ordonnance du 23 décembre 1958 et nous la développerons plus loin.

Notons qu'il s'agit d'un personnage tout à fait unique dans la magistrature, puisqu'il a seul, dans tous les cas, le privilège d'instruire et de juger; dans les cas où la protection de l'enfant est en jeu, de se saisir d'instruire et de juger.

## 2° LE DIRECTEUR DE L'ACTION SANITAIRE ET SOCIALE.

Ses pouvoirs, en ce qui concerne l'Enfance en danger, sont précisés par le décret du 7 janvier 1959. La réforme du 30 juillet 1964, transformant la dénomination de Directeur de la Population en Directeur de l'Action Sanitaire et Sociale n'a aucunement changé ses attributions dans le domaine qui nous concerne.

Il est chargé, sous l'autorité du préfet, d'exercer une action sociale préventive auprès des familles dont les conditions d'existence risquent de mettre en danger la santé, la sécurité ou la moralité de leurs enfants.

— Il intervient au besoin auprès de l'autorité judiciaire en signalant soit au Procureur de la République, soit au Juge des Enfants les cas qui lui paraissent relever des articles 375 à 382 du Code civil (Puissance paternelle, Assistance Educative).

— Il utilise pour cette tâche les assistantes sociales du Service départemental de l'Aide Sociale à l'Enfance et fait éventuellement appel aux assistantes sociales relevant des services sociaux avec lesquels le préfet a passé convention à cet effet.

### c) Les moyens d'action pour l'établissement des faits.

Le Juge des Enfants étant saisi, il ouvre un dossier judiciaire et rassemble les éléments nécessaires à éclairer sa décision future.

Il dispose, à cet effet, de plusieurs agents d'informations.

#### 1° LES EXPERTS MÉDICAUX.

Il commet, en vue d'expertise, des médecins particulièrement compétents dans le domaine pédiatrique ou médico-légal. Ceux-ci feront une description anatomique détaillée des faits constatés. Ils donneront un avis médical sur l'éventuelle relation de cause à effet entre les lésions et le sévices supposé qui a déclenché la poursuite.

Le rôle des médecins experts — la plupart médecins légistes — est déjà ancien, et il y a lieu de leur rendre hommage puisque ce sont eux qui ont, depuis longtemps, attiré l'attention sur les enfants battus : les travaux les plus célèbres dans ce domaine sont dus à TARDIEU, PARISOT et CAUSSADE. Leur exercice s'est quelque peu transformé car, après avoir été surtout commis pour des autopsies d'enfants décédés dans des conditions suspectes, ils sont souvent requis actuellement à s'occuper d'enfants vivants, donc diagnostiqués plus tôt. Nous n'avons, dans nos observations, que 3 enfants morts de sévices, soit 3,8 % de notre série.

Le rôle des experts est capital, dans la détermination des peines applicables, car ce sont eux qui fourniront aux juges la preuve des sévices. De plus, ils donneront un avis sur les séquelles ou infirmités qui découleront des faits constatés. Cet avis sur l'avenir physique de l'enfant, s'il est pessimiste, entraînera dans l'esprit des juges ou des jurés une tendance à une sévérité plus grande.

#### 2° LES SERVICES SPÉCIALISÉS.

Il existe trois services qui sont à la disposition des autorités judiciaires pour les éclairer sur les caractères du milieu social où évoluent parents bourreaux et enfants victimes.

Ces services sont :

— le Service Social de Prévention dépendant du Directeur de l'Action Sanitaire et Sociale;

— le Service Social Spécialisé près les Tribunaux qui travaille, soit d'une manière autonome, soit dans le cadre d'une association privée conventionnée : en Meurthe-et-Moselle, ce service est géré par le Comité Nancéin de Sauvegarde de l'Enfance et de l'Adolescence;

— la Brigade des mineurs, service spécialisé de la Police Judiciaire.

Quelle que soit la manière dont ces services sont commis, ils fourniront des enquêtes sociales extrêmement détaillées ayant une réelle valeur intrinsèque. Ces enquêtes sociales, à portée judiciaire, diffèrent en tout des renseignements sociaux fournis, à titre d'information, par l'assistante sociale de secteur au médecin qui lui en fait la demande.

L'enquête sociale dont nous parlons ici est effectuée par un personnel hautement compétent et qualifié dans le problème de l'Enfance malheureuse. Elle constitue un document dont le sérieux et l'étendue sont tout à fait remarquables.

Elle fournit des renseignements sur la composition de la famille et cela est déjà un élément important, quand on connaît l'imbroglio familial fréquent de certains couples parentaux. Puis suivra une description détaillée des conditions de vie : logement, travail du chef de famille, ressources et équilibre du budget ; seront notés également l'état sanitaire des personnes et des lieux, les conditions d'éducation des enfants.

La matérialité des faits sera recherchée par des conversations longues et subtiles avec la famille et l'entourage. Tous ces différents points seront analysés et appréciés à leur juste valeur quant au déclenchement des sévices. Une synthèse est ensuite élaborée, s'efforçant de retracer le plus fidèlement possible le mécanisme des faits tant pour les parents que pour les enfants. Une conclusion positive quant aux mesures à mettre en œuvre de part et d'autre termine ce document.

Nous avons insisté sur cette enquête car, accompagnée de l'observation médicale, elle fournit au Juge des Enfants un éclairage fidèle et circonstancié sur les faits qu'il aura à apprécier.

## II. — INTERVENTION DE LA JUSTICE

### A. — Déclenchement de l'enquête.

Il s'agit, en fait ici, de prendre en considération toutes les déclarations des personnes qui sont amenées à faire part des soupçons ou des preuves de sévices.

Selon les personnes qui ont révélation des faits, ces derniers seront établis sur des critères différents et plus ou moins valables que nous allons discuter au fur et à mesure de l'énumération.

De toute manière, disons d'emblée que l'intérêt de l'enfant doit primer et qu'il y a toujours lieu d'examiner très attentivement toutes les déclarations et tous les faits suspects.

#### 1<sup>o</sup> LES PERSONNES QUI INTERVIENNENT.

##### *L'enfant lui-même.*

En dessous de 6 ans : jamais. L'enfant n'a, dans les faits, aucun moyen de s'exprimer, personne à qui se confier, et de toute façon, ses déclarations sont variables et influençables.

##### *Les membres de sa famille.*

Il peut s'agir d'un des époux, qui porte plainte contre son conjoint pour coups à leur enfant. C'est le plus souvent la mère, qui partage souvent, en ce cas, les violences subies par l'enfant.

Cette plainte, pour sévices, peut s'accompagner d'une demande de divorce ou de séparation de corps — ceci traduisant un déséquilibre complet de la famille.

##### *Obs. n<sup>o</sup> 59.*

Chantal P..., 6 ans, légitimée par mariage, a été frappée par son père ivre qui lui a infligé des gifles violentes et des coups de règle sur les doigts. C'est la mère qui porte plainte contre son mari. Celui-ci sera condamné à 6 mois de prison.

Dans des cas plus nombreux, il s'agit de grands-parents ou de collatéraux (oncle ou tante) qui connaissent l'ambiance du foyer, la souffrance de l'enfant et qui se décident à porter plainte. Celle-ci est souvent l'aboutissement d'efforts personnels infructueux pour protéger l'enfant « en famille ». Elle s'accompagne d'une sorte de honte familiale et n'est déposée, en dernier ressort, que comme remède ultime lorsque la vie ou l'épanouissement de l'enfant sont très compromis.

##### *Les voisins.*

Nos conditions d'habitat actuelles devraient être très propices à une connaissance rapide des sévices par l'environnement géographique. En effet, un enfant battu crie d'une manière aiguë, il se présente avec des lésions cutanées apparentes, son comportement malheureux fait contraste par rapport aux autres enfants : réactions de

fuite, pleurs, non-participation aux jeux, vêtements lamentables. Les voisins sont donc forcément témoins de certains faits.

Lors du dépôt de leur plainte, ils désireront souvent garder l'anonymat par pusillanimité ou par peur des représailles, sentiments qui expliqueront souvent aussi le caractère tardif de leurs déclarations. Il est d'ailleurs très compréhensible que les voisins puissent être effrayés par la brute qui terrorise sa famille. Ceci s'ajoute à l'ignorance des personnes à saisir des formalités à accomplir, et au malaise que suscite une démarche anonyme. Les faits signalés peuvent être grossis ou déformés, mais il est rare que les dénonciations soient exclusivement motivées par une idée de vengeance ou de malveillance.

De toute façon, toute plainte ou dénonciation même anonyme entraîne une enquête.

Donc :

— les voisins déposent plainte, mais très tardivement le plus souvent,

— ou ils restent complètement indifférents par lâcheté, ou par répugnance à intervenir dans les affaires des autres. Ils sont trop souvent convaincus que les parents sont seuls maîtres dans la famille et qu'ils ont le droit de châtier : « Charbonnier est maître chez soi ».

Nous reviendrons sur cette « peur de parler » au sujet de la non-assistance à personne en danger.

### *Le personnel des crèches, garderies, écoles maternelles.*

Ce personnel, en contact quotidien avec l'enfant, doit s'apercevoir assez facilement des sévices. Il a souvent l'honnêteté d'alerter les pouvoirs publics, mais peut être tenté de ne pas dénoncer, se cantonnant dans son rôle de « fonctionnaire », insouciant du sort des enfants dont il a la responsabilité.

D'ailleurs, si l'enfant âgé de plus de 3 ans est questionné, il n'avouera pas les coups par crainte de provoquer des heurts entre les parents et le personnel de l'établissement qu'il fréquente, étant de plus conscient du joug inéluctable qui pèse sur lui et du fait qu'il ne peut avoir d'autre espoir que le milieu familial.

Notons enfin que la plupart de ces enfants battus ne sont pas placés dans les crèches ou à l'école maternelle qui est facultative, ce qui explique finalement la rareté des plaintes émanant de ce personnel.

### *Les services de Police.*

Nous ne parlons pas ici, bien entendu, de l'action policière déclenchée par la justice, mais de l'intervention première de la police, de la gendarmerie, ou des brigades spécialisées (des mœurs ou des mineurs). Grâce à leur implantation proche des populations et à leurs bonnes connaissances des familles, ces brigades sont bien renseignées et ont saisi l'importance de la coopération qu'elles peuvent apporter dans l'action sociale. En général, elles n'ont révélation des sévices qu'à la suite d'investigations qu'elles sont amenées à faire concernant d'autres domaines : par exemple, à la suite d'un constat d'ivresse aiguë et de voies de fait, l'enquête sur la situation familiale et le recueil des témoignages sur les conditions d'existence des intéressés, peuvent amener la découverte de sévices à enfants.

Les services les plus efficaces pourraient être les Brigades des mineurs : services spécialisés de la police judiciaire. Elles ont été créées en 1955, mais elles manquent de personnel, sont surchargées de travail et accaparées par la délinquance juvénile, pouvant à peine parer au plus urgent.

### *Les Comités de Vigilance et d'Action pour la Protection de l'Enfance Malheureuse.*

Il s'agit d'une œuvre privée fondée en 1936 par un journaliste, Alexis DANAN. Ces Comités, au nombre de 300 environ, sont répartis sur tout le territoire métropolitain. Ils groupent des personnes de bonne volonté qui œuvrent pour dépister les enfants malheureux, et ils prennent contact avec tous les services officiels. Ils se chargent de recueillir les dépositions des personnes désireuses de soulager leur conscience de voisins indignés, sans encourir les représailles d'un père violent, les tracasseries inhérentes aux contacts avec les pouvoirs publics, ou simplement soucieuses d'agir avec efficacité. Les Comités se chargent alors, après avoir vérifié le bien-fondé des dénonciations qui leur parviennent, de saisir le Parquet, afin de l'amener à déclencher immédiatement le mécanisme de l'enquête judiciaire. Le caractère privé de ces Comités leur permet une grande souplesse d'action et des interventions très rapides.

Cette organisation s'inspire de principes humanitaires bien plus élevés que ceux de la Société Protectrice des Animaux, mais il est triste de constater qu'elle n'en a ni l'audience, ni les ressources.

Nous citerons à ce propos l'anecdote suivante rapportée par FONTANA : le premier cas de mauvais traitements signalé à New

York en 1874 fut celui d'une enfant nommée Mary Ellen..., les efforts d'une employée d'Eglise furent vains pour ôter la fillette à son entourage, malgré ses appels à la police et à la justice fédérale. En désespoir de cause, elle s'adressa à la Société Protectrice des Animaux en faisant remarquer que cette enfant était traitée comme une bête... l'enfant put être ainsi retirée à ses parents. Un an plus tard, la Société Protectrice des Enfants de New York était créée.

Ces Comités travaillent en marge de l'activité des services officiels et, de ce fait, sont parfois pris en suspicion, alors qu'une même œuvre commune supposerait une coordination totale en vue d'une action plus efficace et systématique.

### *Les Services Sociaux.*

Ils sont représentés par les assistantes sociales de secteur et les services sociaux des mairies, crèches, hôpitaux, dispensaires; ils représentent théoriquement un excellent moyen de détection. d'autant qu'une ordonnance du 5 janvier 1959 les concernant directement, les a, dans son article 10, déliés du secret professionnel en ce qui concerne la divulgation des sévices à mineur de 21 ans.

En fait, l'aspect pratique est plus aléatoire. Les assistantes sociales de secteurs (souvent trop étendus) sont débordées par de multiples fonctions administratives. Elles n'ont pas toujours une formation suffisante dans ce domaine et n'interviennent parfois que trop tard. De toute manière, la plupart d'entre elles répugnent à dévoiler directement les faits au Juge des Enfants par peur de se fermer définitivement l'accès dans des familles dont l'abord est déjà fort difficile. Si une dénonciation directe est connue, leur activité dans le quartier risque de se restreindre rapidement. Aussi préfèrent-elles signaler à leurs collègues des Services sociaux spécialisés pour la Prévention ou l'Assistance Educative, les faits dont elles ont connaissance. L'intervention directe de l'assistante sociale de secteur risque de passer ainsi plus inaperçue.

Il nous semble donc que les Services Sociaux n'ont pas le rôle qu'on pourrait attendre d'eux, dans la détection des sévices. Cela ne nous paraît pas dû à la personnalité des assistantes sociales mais à leurs conditions de travail, à leur isolement, à leur trop faible répartition géographique, et peut-être à une information insuffisante sur ce problème.

### *Le médecin-praticien.*

Dans une seule de nos observations, un médecin praticien a porté plainte directement. Dans tous les cas de sévices relevés à l'hôpital.

les lettres d'envoi des médecins, qui pourraient pourtant donner d'une manière confidentielle au moins, une indication : « sévices supposés » ne mettent en rien sur la voie du diagnostic.

Ces lettres sont remarquablement neutres, ne prenant jamais position fermement. Tout au plus, peut-on relever quelques indices de conflit social, de paupérisme ou de manque d'hygiène. Elles incitent parfois le service hospitalier à réaliser des placements, mais jamais à approfondir l'origine du traumatisme.

Il nous paraît compréhensible qu'un médecin praticien hésite à dénoncer une famille, car ce fait aurait de suite une audience et une répercussion sur sa clientèle — mais nous comprenons plus difficilement qu'il hésite à faire part de ses soupçons à un service hospitalier qui aurait une plus grande liberté d'action. Cette carence médicale nous semble avoir de graves conséquences pour l'enfant battu, car le médecin traitant peut avoir pour lui un rôle protecteur primordial. Nous pensons que cette abstention, quand elle n'est pas due à la méconnaissance de la nature exacte des faits, s'abrite par erreur sous le voile pudique du secret médical, mais nous verrons plus loin que cette excuse n'est pas valable.

### *Le médecin hospitalier.*

Son rôle est capital, puisque, disposant des moyens médicaux et para-médicaux nécessaires à établir un diagnostic de certitude, il jouit d'une liberté d'action totale pour déclencher une enquête sociale et surtout pour alerter les autorités responsables : Directeur de l'Action Sanitaire et Sociale ou Juge des Enfants. Il a donc une position tout à fait privilégiée et nous semble être le pivot de la détection et de la protection des enfants battus qui sont hospitalisés.

Deux conséquences à cet état de fait :

— les enfants qui sont hospitalisés ou bien ont subi de graves sévices, ou bien ont une atteinte grave de l'état général consécutive à des sévices antérieurs plus légers. Donc les enfants battus qui n'ont pas « la chance » d'être suffisamment atteints pour être dirigés sur un hôpital, échappent à cette forme de détection;

— le médecin hospitalier doit être instruit et averti du problème des sévices envers les enfants. Nous avons déjà parlé précédemment de la difficulté du diagnostic et de la manière aberrante dont le médecin peut se laisser leurrer et berner par des déclarations anamnestiques fantaisistes ou des orientations diagnostiques erronées.

Dans le fond de lui-même, il se refusera d'imaginer et d'admettre qu'un petit être, objet à l'hôpital de soins attentifs, puisse être, dans son milieu familial, voué à la haine et aux coups. De plus, une sorte de déformation professionnelle risque de lui faire considérer uniquement le côté médical et négliger le contexte social de l'enfant à lui confié.

Enfin, le médecin hospitalier peut être méfiant quant aux complications inhérentes à un signalement, et quant à l'efficacité même de sa démarche.

Malgré toutes ces difficultés, le médecin hospitalier reste en dernier ressort le personnage privilégié, soit qu'il agisse de son propre chef, soit que tous se déchargent sur lui du soin du diagnostic, du signalement ou même du refus de signer le billet de décès.

## 2° LES ÉLÉMENTS DE L'INTERVENTION.

### *La clinique.*

Les différentes personnes susceptibles d'intervenir peuvent se baser pour cela sur des éléments cliniques. Il n'est pas nécessaire d'être très averti des questions médicales pour remarquer certaines lésions cutanées évocatrices, ou une fracture d'un membre; il suffit d'un peu de bon sens et de cœur pour interpréter ces faits et se décider à intervenir.

Paradoxalement, il arrive que l'origine coupable d'une lésion paraîtra évidente aux voisins qui jugent en fonction d'un contexte de brutalités qu'ils connaissent, tandis que le médecin ou l'assistante sociale non avertis de ce comportement, pourront être induits en erreur.

Toutefois, des symptômes « criants » tels que les ecchymoses, ou les fractures, peuvent rester « inaperçus » et n'entraîner aucune conclusion logique et l'intervention sera déclenchée par des éléments banaux tels que l'hypotrophie, ou l'anémie.

### *Les renseignements sociaux.*

Leurs motivations diffèrent d'un cas à l'autre :

Parfois, l'enquête sociale est déclenchée par l'assistante sociale de secteur qui peut provoquer directement un signalement, ou faire hospitaliser l'enfant. D'emblée, le diagnostic est orienté et les éléments sociaux en possession du médecin lui permettent un diagnostic et une intervention rapides.

Dans d'autres cas, l'enquête sociale a pour point de départ l'initiative du médecin hospitalier qui cherche à étayer le diagnostic de sévices qu'il soupçonne. Ordinairement, l'enquête sociale fournit les renseignements attendus. Mais il arrive que l'assistante sociale ne relève aucun signe suspect et innocente l'entourage. Dès lors, l'attitude du médecin sera basée sur deux sortes de considérations :

— en premier lieu, l'importance des signes cliniques, leur amélioration rapide au cours de l'hospitalisation, l'absence de tout autre diagnostic;

— en second lieu, la valeur intrinsèque de l'enquête sociale qui est subordonnée à la compétence et à l'expérience de l'assistante sociale, à sa connaissance de la famille, aux renseignements qu'elle saura recueillir auprès des voisins, à son désir d'aboutir malgré les tracasseries et les inconvénients qui peuvent en résulter pour elle.

#### *L'enquête policière.*

Celle-ci est toujours diligentée par les services de Police, soit sur l'initiative de ses chefs (commissaire de Police, Chef de brigade de Gendarmerie), soit sur instruction du Procureur de la République.

Eux-mêmes peuvent être alertés par le médecin lui-même, ou par toute autre personne dont nous avons parlé.

#### *La rumeur publique.*

Il s'agit ici d'un faisceau d'éléments variés et souvent minimes dont l'accumulation et la convergence vont finir par attirer l'attention sur l'enfant. Par constatation « de visu », par des « on-dit », par des bruits insolites au foyer de l'enfant, par le comportement triste et malheureux de celui-ci, ces personnes acquièrent peu à peu la conviction de l'existence de sévices.

En pratique, il faut une grande et longue accumulation de petits faits pour que l'on se décide enfin à intervenir et protéger l'enfant. Autant il peut être facile d'agir à la suite d'un fait grave et évident, autant l'on est hésitant en face de simples présomptions estimées douteuses.

### 3° LES CAUSES D'INTERVENTION TARDIVE.

- le silence des proches;
- la passivité des voisins;
- le secret professionnel du corps médical.

● *Le silence des proches* est motivé par la solidarité familiale. La terreur, la pudeur ou la honte s'opposent à toute dénonciation. Si le drame se joue à portes closes, toute la famille est au moins témoin, sinon complice. Le conjoint du bourreau se décidera à témoigner seulement quand la situation familiale se sera fortement dégradée, par exemple en cas de demande de séparation ou de divorce. Quant aux frères et sœurs, la peur des représailles les empêche de parler et ce n'est que lorsqu'ils ont trouvé un confident qui leur inspire suffisamment confiance (instituteur ou voisin) qu'ils se décideront à évoquer les faits.

Du point de vue législatif, l'article 62 du Code pénal exclut les parents du coupable du bénéfice de l'excuse absolutoire accordée ordinairement aux non-dénonciateurs, parents et alliés de ce coupable. L'idée de protection de l'enfance prend le pas sur celle de cohésion familiale.

● *La passivité des voisins* est souvent motivée par la crainte de s'exposer à des poursuites pour diffamation ou tout simplement à la vengeance de personnes assez brutales pour martyriser leurs enfants.

Ils ignorent, le plus souvent, qu'en agissant ainsi ils sont passibles d'une condamnation pour non-dénonciation ou non-assistance à personne en danger.

En effet, l'article 62 du Code pénal punit celui qui, ayant connaissance d'un crime déjà tenté ou consommé n'aura pas, alors qu'il était encore possible d'en prévenir ou limiter les effets, averti aussitôt les autorités administratives ou judiciaires.

Et l'article 63 du Code pénal punit quiconque s'abstient volontairement de porter, à une personne en péril, l'assistance que, sans risque pour lui ni pour les tiers, il pouvait lui prêter, soit par son action personnelle, soit en provoquant un secours.

Ce délit d'abstention délictueuse est donc constitué par 4 éléments :

- existence d'un péril;
- possibilité d'un secours;
- absence de risques;
- caractère volontaire de l'abstention.

En fait, ces textes semblent si rarement appliqués que le Garde des Sceaux a jugé bon, par circulaire du 4 août 1964, d'inviter les magistrats du ministère public à poursuivre tous ceux, proches ou

voisins, qui, ne pouvant pas ignorer les sévices subis par un enfant, se sont abstenus d'intervenir pour les faire cesser. Malgré ces textes, nous n'avons pas relevé jusqu'à présent de poursuite contre des voisins pour abstention délictueuse...

Il reste, malgré tout, que les voisins sont pris entre le risque de la dénonciation calomnieuse et celui de la non-dénonciation.

● *Le secret professionnel des membres du corps médical s'impose à la fois aux assistantes sociales et aux médecins et son interprétation erronée est une raison de retard ou d'insuffisance d'information.*

— En ce qui concerne les assistantes sociales, l'article 10 de l'ordonnance n° 59-35 du 4 janvier 1959 les délie du secret professionnel lorsqu'il s'agit de signaler des cas d'enfants en danger. Elles ne sont donc pas exposées aux peines prévues pour violation du secret professionnel (art. 378 du Code pénal). Si donc ce texte met clairement les choses au point, il s'avère dans la pratique, que les assistantes sociales répugnent souvent à trahir la confiance que les familles ont mises en elles et à se faire les auxiliaires d'une action judiciaire. Ou bien elles essaient d'arranger les choses pour éviter un scandale dans la famille, ou bien elles ont recours à une dénonciation anonyme pour éviter d'être appelées comme témoins. Il faut ajouter que, parfois, le problème ne se pose même pas du fait de la pénurie d'assistantes sociales dans certaines régions et les conditions difficiles dans lesquelles elles exercent leur tâche.

— En ce qui concerne les médecins, aucun texte officiel ne les délie du secret professionnel lorsqu'il s'agit de sévices envers les enfants. Les praticiens sont donc encore tenus, en principe, par l'article 378 du Code pénal de faire passer le respect du secret avant même leur devoir humanitaire. Cela soulève parfois de difficiles cas de conscience. Les seules exceptions actuelles au secret professionnel visé à l'article 378 du Code pénal concernent les maladies épidémiques et les avortements.

Dans le domaine qui nous concerne, les médecins sont pris entre deux obligations contradictoires. D'une part, le secret professionnel de l'article 378, et d'autre part, l'obligation de dénoncer aux autorités administratives et judiciaires les crimes tentés ou consommés dont ils auraient connaissance et dont il est encore possible de prévenir ou de limiter les effets (art. 62 du Code pénal).

Du point de vue juridique, la situation du médecin vis-à-vis de la dénonciation de l'enfant en danger n'est donc pas claire. Dans la

pratique, il semble que les médecins traitants appliquent plus volontiers l'article 378 et les médecins hospitaliers l'article 62, sans qu'à notre connaissance ils n'aient été l'objet, dans l'un et l'autre cas, de poursuites judiciaires.

Une proposition de loi, déposée en avril 1966 à l'Assemblée nationale par Mme THOME-PATENOTRE, député-maire de Rambouillet, a pour objet de compléter l'article 378 du Code pénal par l'alinéa 3 suivant :

« Les personnes ci-dessus énumérées n'encourent également pas les peines prévues à l'alinéa 1<sup>er</sup> si elles dénoncent les sévices, violences ou privations jugées par elles délictuels ou criminels, sur la personne d'enfants au-dessous de l'âge de 15 ans accomplis et dont elles ont eu connaissance à l'occasion de l'exercice de leur profession. Citées en justice pour une affaire de violences, coups, sévices ou privations sur la personne d'enfants de moins de 15 ans, elles sont libres de fournir leur témoignage sans s'exposer à aucune peine. »

Cette proposition de loi, non encore votée, rejoint bon nombre de lois étrangères et en particulier américaines, obligeant les médecins à dénoncer les sévices envers les enfants dont ils ont connaissance : par exemple loi de l'Etat d'Illinois en 1965.

Cependant, le danger d'une telle loi serait que, par peur d'une dénonciation, les parents coupables ou craignant d'être jugés tels, évitent de faire appel au médecin en cas de besoin ou si un remord tardif les incitait à faire soigner l'enfant maltraité.

L'Ordre des médecins vient, dans son Bulletin de décembre 1967, de préciser exactement sa position : « Le médecin est tenu au secret professionnel en ce qui concerne son malade mais non en ce qui concerne le criminel. Il est incontestable, dans le cas d'enfants martyrs, que la carence des voisins est constante. Dans ces cas aussi douloureux, il ne peut invoquer le secret professionnel pour ne pas dénoncer le coupable : il doit protéger à son malade. La proposition du ministre est la meilleure. »

Cette proposition du ministre des Affaires sociales recommande aux membres du corps médical constatant des sévices, d'en rendre compte sans délai au médecin agréé de protection maternelle et infantile de la circonscription intéressée et au médecin attaché à la direction départementale de l'Action sanitaire et sociale eux-mêmes tenus au secret professionnel et qui provoqueront alors toutes mesures appropriées en vue de sauvegarder la santé ou la vie de l'enfant.

## B. — Qui est saisi ?

### LA POLICE.

Elle joue soit un rôle d'intermédiaire, soit un rôle d'exécution.

Nous avons dit qu'elle peut être amenée à avoir connaissance d'elle-même de cas de sévices. Elle transmettra alors ses renseignements au Procureur de la République.

Si elle est saisie d'une plainte concernant des sévices, elle transmettra également le dossier à la justice après une rapide enquête.

Si un enfant est en danger de mort, nécessitant une mesure de protection immédiate, ce sont les Services de Police qu'il convient d'informer aussitôt pour une action rapide. Ils agissent après information du Juge et établissent ensuite un rapport — c'est le Juge qui prend une décision.

Quant à leur rôle d'exécution, c'est à la demande du Procureur ou du Juge des Enfants que les services de Police seront amenés à intervenir, soit en urgence pour le retrait rapide d'un enfant en danger, soit pour l'emprisonnement d'un inculpé.

De plus, les Services de Police peuvent être chargés d'effectuer une enquête afin de vérifier la matérialité des faits.

### LE DIRECTEUR DE L'ACTION SANITAIRE ET SOCIALE.

Ses fonctions ont déjà été définies et nous envisagerons ici surtout son rôle en tant que personnage à saisir lors de la découverte d'un sévice.

S'il n'existe pas pour les enfants de danger immédiat et si les sévices semblent mal définis et d'appréciation délicate, c'est lui qui sera avisé de préférence. Par son rôle dans l'Action Sociale Préventive et grâce à ses services sociaux spécialisés, il est en mesure d'effectuer une enquête qui sera plus discrète qu'une menace directe d'intervention de la police, de la gendarmerie ou de la justice.

Le Directeur de l'Action Sanitaire et Sociale se trouvera devant une alternative : soit agir lui-même, soit transmettre le dossier au Juge des Enfants. Si les sévices s'avèrent de gravité moyenne, il tentera de remédier lui-même à la situation de l'enfant par l'intermédiaire de ses services sociaux et décidera d'une mesure d'Assistance Préventive. Il s'agit d'une mesure de surveillance exercée par les assistantes sociales spécialisées du service de Prévention et qui nécessite à la fois l'existence d'un espoir de rééducation des parents et leur accord.

Si les sévices s'avèrent plus graves et que les conditions d'une Assistance Préventive ne sont pas réunies, il avisera directement le Juge des Enfants, ce qui sous-entend une parfaite coordination entre eux.

#### LE PROCUREUR DE LA RÉPUBLIQUE.

C'est le personnage officiel à qui toute plainte devrait être adressée directement. Il est donc saisi, soit par une plainte directe, soit par un procès-verbal de police, soit par le Juge des Enfants.

— Il délivrera des instructions pour le déroulement de l'enquête.

— Il décidera la détention préventive des parents coupables en cas de crime ou de délit flagrant.

— Il saisira le Juge d'Instruction pour l'action judiciaire à exercer contre les parents.

— Il saisira le Juge des Enfants pour l'action à exercer à l'égard de l'enfant battu.

— Enfin, aux termes de l'article 377 du Code civil, il peut, en cas d'urgence, prendre une mesure de placement provisoire de l'enfant. Ceci dans le cas où le Juge des Enfants est absent ou empêché et aussi dès que le Parquet vient d'être informé par les autorités de police de la situation de l'enfant et où il ne possède encore matériellement aucun des éléments du dossier dont il aura à saisir le Juge des Enfants.

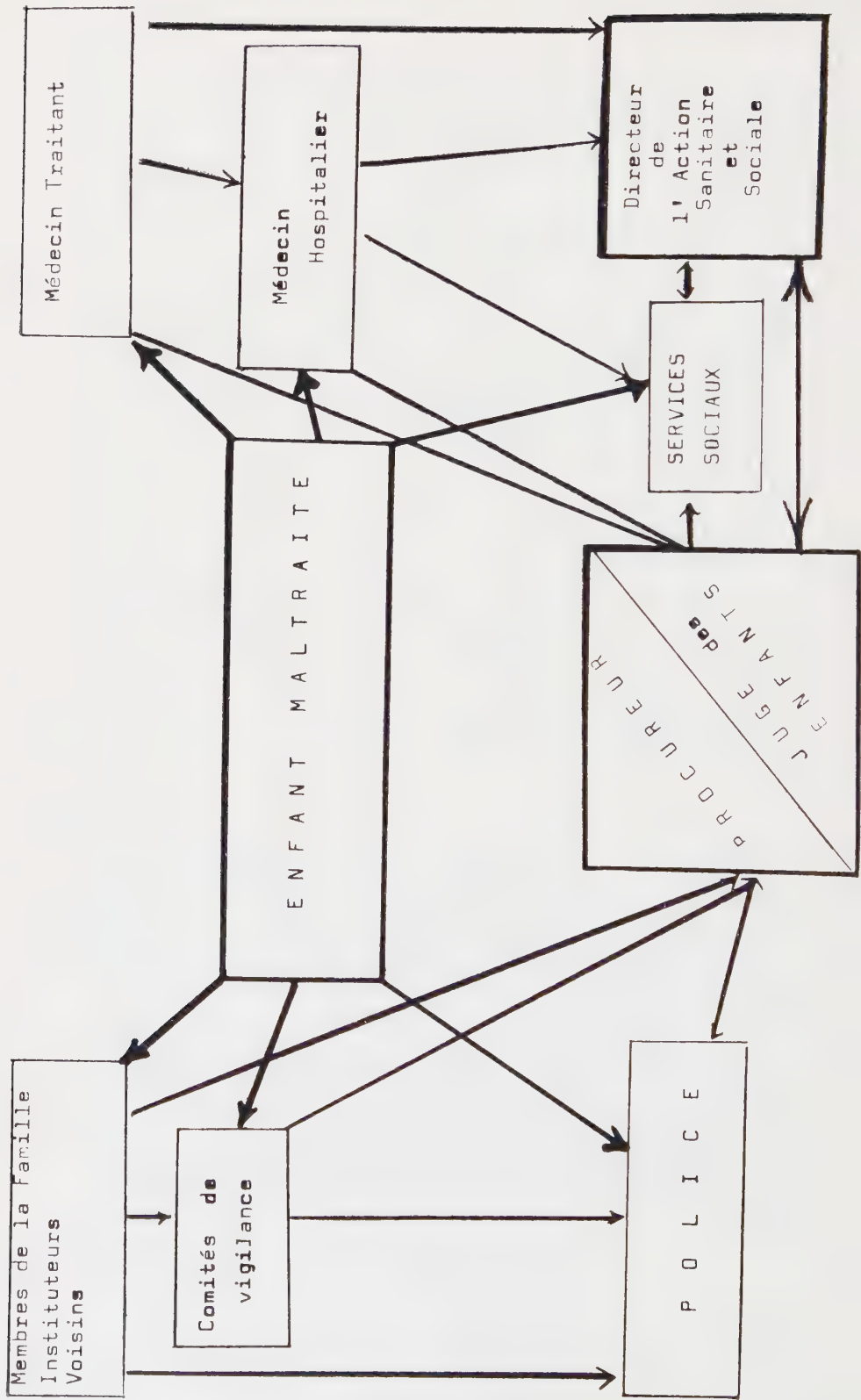
#### LE JUGE DES ENFANTS.

Il s'agit en fait du personnage central compétent en la matière. Il peut être saisi par le Procureur de la République, ou avoir connaissance d'un signalement et se saisir lui-même. S'il est saisi par le Procureur qui a déjà pris d'urgence une mesure de protection de l'enfant, le Juge des Enfants devra dans les trois jours maintenir, modifier ou rapporter cette mesure.

Il a connaissance des faits :

— par toute personne ayant l'intention de dévoiler une affaire de sévices et qui s'adresse directement à lui plutôt que de passer par le Procureur : il peut s'agir des membres de la famille, des voisins, des médecins, des comités de vigilance;

— par les services de police et en particulier la Brigade des mineurs, et par les services sociaux;



— par le Directeur de l'Action Sanitaire et Sociale;

— par le Procureur de la République enfin.

Ici se place du point de vue juridique un fait tout à fait exceptionnel dans les principes généraux du droit; le Juge des Enfants est le seul magistrat autorisé à se saisir lui-même après vérification des faits : il doit simplement avertir le Parquet dans les 24 heures, de manière à permettre à celui-ci de suivre la procédure. Cette exception a été voulue par le législateur pour donner à la Protection de l'Enfance le maximum de souplesse et d'efficacité.

Il s'avère donc que si le sévice envers l'enfant est suffisamment grave pour faire envisager une action judiciaire, c'est toujours le Juge des Enfants qui est finalement saisi, quelle que soit la voie suivie.

### C. — Qui statue ?

#### LE DIRECTEUR DE L'ACTION SANITAIRE ET SOCIALE.

Il statue seul lorsqu'un signalement lui parvient et qu'il estime que les faits signalés ne nécessitent pas une intervention judiciaire. Dans ce cas, la protection de l'enfant prend la forme d'une mesure d'Assistance Préventive qui relève uniquement du service départemental de l'Action Sanitaire et Sociale.

#### LE JUGE DES ENFANTS.

Il statue uniquement vis-à-vis de l'enfant martyr puisque les sanctions applicables aux parents coupables relèvent de la juridiction pénale de droit commun.

Le Juge des Enfants se borne donc, s'il est seul à avoir été averti, à signaler au Procureur les faits reprochés aux parents et celui-ci chargera un Juge d'Instruction de diligenter l'affaire en vue de la comparution des parents coupables devant le tribunal compétent.

Pour l'enfant, le Juge des Enfants statue seul, en dehors de tout apparat, en son cabinet, après s'être entouré de tous les éléments d'information à sa disposition.

Il s'agit donc ici d'une amorce de création d'une juridiction qui connaîtrait de tous les problèmes familiaux mettant en jeu le sort des enfants, d'une juridiction familiale comme il en existe déjà dans certains pays.

Ces deux personnages dont nous venons de parler : Directeur de l'Action Sanitaire et Sociale et Juge des Enfants, occupent donc une place prééminente dans la protection de l'enfant martyr et ont, dans ce domaine, des rôles très proches et qui peuvent se recouper.

Ils relèvent de ministères différents, ils peuvent avoir une optique divergente (Justice et Santé), mais le bien de l'enfant suppose une collaboration et une coordination constantes et confiantes entre eux. C'est pourquoi les deux ministères des Affaires sociales et de la Justice ont élaboré ensemble des textes législatifs précisant d'une manière approfondie les fonctions des deux personnes.

De plus, des sessions d'études communes aux Juges des Enfants et aux Directeurs de l'Action Sanitaire et Sociale se déroulent régulièrement.

Les grands principes qui définissent les rôles respectifs de ces deux fonctionnaires sont les suivants :

- 1) L'Action Sociale Préventive doit précéder l'action judiciaire.
- 2) Il existe des affaires « judiciaires par nature ».
- 3) Le Service de Prévention doit être organisé en service indépendant.

Malgré toutes ces précautions, la susceptibilité individuelle, la complexité des faits, et la subtilité d'appréciation rendent malheureusement cette coopération parfois difficile. Il peut s'y ajouter des obstacles tels que « l'impérialisme judiciaire », l'insuffisance ou le particularisme ombrageux de certains services administratifs et des habitudes de routine et de cloisonnement.

Une collaboration harmonieuse doit éviter une saisine abusive du Juge des Enfants, des instructions et enquêtes multiples et parfois divergentes, et une concurrence néfaste entre plusieurs services.

Nous avons insisté sur les frictions administratives possibles, car ils peuvent malheureusement faire perdre de vue le seul but véritable des deux services considérés, c'est-à-dire le bien et la protection efficace et rapide de l'enfant.

#### LA CHAMBRE CORRECTIONNELLE DU TRIBUNAL DE GRANDE INSTANCE.

Elle est compétente pour les délits commis par les parents vis-à-vis de leurs enfants.

Ces délits sont caractérisés par des violences ou privations compromettant la santé, n'ayant entraîné ni maladie ni incapacité de travail de plus de 20 jours.

#### LA COUR D'ASSISES.

Elle est compétente dans tous les autres cas : ceux qualifiés de crimes par la loi et définis dans l'article 312 du Code pénal par :

- des violences ou privations entraînant une maladie ou une incapacité de plus de 20 jours;

- des violences ayant été commises avec préméditation;

- des violences ou privations ayant été suivies de mutilation, d'amputation ou de privation de l'usage d'un membre, de cécité, perte d'un œil, ou autre infirmité permanente ou s'ils ont occasionné la mort sans intention de la donner;

- des violences ou privations pratiquées avec l'intention de provoquer la mort, ou enfin, habituellement pratiquées et ayant entraîné la mort même sans intention de la donner.

La détermination de la compétence de ces deux juridictions ressort des conclusions de l'enquête du Juge d'Instruction qui peut faire préciser la gravité des faits par une expertise médico-légale confiée à un médecin légiste désigné par ses soins. Celle-ci pourra souvent se confondre avec telle ou telle des expertises ou examens auxquels peut faire procéder le Juge des Enfants.

Le Juge d'Instruction, ses investigations terminées, rend une ordonnance de renvoi devant le Tribunal correctionnel si les faits ne lui paraissent constituer qu'un délit ou une ordonnance de transmission à la Chambre d'accusation si le fait semble constituer un crime. Celle-ci rend un arrêt qui saisit la cour d'assises.

### III. — CONSEQUENCES

#### a) Décisions concernant l'enfant.

1° *Mesure d'Assistance Préventive* : c'est une mesure administrative, prise par le Directeur départemental de l'Action Sanitaire et Sociale. Elle consiste uniquement en une surveillance de l'enfant dans son milieu familial par les assistantes sociales du service spécialisé de Prévention dépendant directement du Directeur de

l'Action Sanitaire et Sociale. Cette mesure s'exerce dans les cas de sévices bénins; dans la réalité il s'agit le plus souvent de sévices par omission : manque de soins ou d'hygiène.

Le but poursuivi est d'inculquer une éducation sanitaire aux parents tout en protégeant l'enfant. Cela nécessite, par définition, un minimum d'éléments favorables à une évolution du milieu familial et le consentement tacite des parents.

2° *Mesure d'Assistance Educative* : elle est prise par le Juge des Enfants, soit à titre provisoire, soit à titre définitif; c'est une mesure judiciaire.

#### A TITRE PROVISOIRE.

Le Juge des Enfants peut, pendant l'enquête, prendre à l'égard de l'enfant maltraité, par ordonnance de garde provisoire, toutes les mesures de protection nécessaires (art. 376 du Code civil).

Il peut décider la remise de l'enfant :

- à celui des père et mère qui n'a pas l'exercice du droit de garde;
- à un autre parent ou à une personne digne de confiance;
- à un centre d'accueil ou d'observation;
- à tout établissement approprié;
- au service de l'Aide Sociale à l'Enfance.

Il peut décider de laisser provisoirement l'enfant dans sa famille sous surveillance. Il sera suivi obligatoirement par un service d'observation, d'éducation ou de rééducation. Il s'agit alors d'une observation dite en milieu ouvert.

Si l'enfant est retiré de sa famille, la surveillance par ce service est facultative.

Ces mesures ont un double intérêt : d'abord de mettre immédiatement l'enfant en sûreté et ensuite de poursuivre son observation, c'est-à-dire de déterminer au mieux les sévices dont il a été victime.

Le Juge des Enfants peut, en outre, limiter ou supprimer le droit de visite des parents sauf en cas de remise de l'enfant au service de l'Aide Sociale à l'Enfance. C'est alors ce service qui réglera lui-même ce droit.

Ces mesures provisoires, ordonnées par le Juge des Enfants, peuvent être à tout moment modifiées ou rapportées par lui.

## A TITRE DÉFINITIF.

Le Juge des Enfants, aux termes de l'article 379 du Code civil, statue par jugement en Chambre du Conseil; il peut décider la remise du mineur :

- à ses père, mère ou gardien;
- à un autre parent ou à une personne digne de confiance;
- à un établissement d'enseignement, d'éducation spécialisée ou de rééducation;
- à un établissement sanitaire de prévention, de soins ou de cure;
- au service de l'Aide Sociale à l'Enfance.

Toutes ces mesures, sauf la dernière, peuvent se combiner avec l'intervention d'un service éducatif en milieu ouvert.

L'assistante sociale chargée de l'Assistance Educative s'appuiera, pour protéger au mieux l'enfant, sur les données de l'enquête, sur l'observation du milieu, sur les examens médicaux et psychologiques. Elle doit être qualifiée et spécialisée dans le travail éducatif et social. En effet, si l'enfant est laissé dans sa famille, comme c'est finalement le plus souvent le cas à juste raison puisqu'il s'agit de son cadre le plus naturel, les tâches de l'assistante sont immenses et particulièrement difficiles. Elle doit non seulement veiller à ce que l'enfant ne soit plus maltraité, mais aussi à ce qu'il ait un développement harmonieux. Elle devra se soucier de sa scolarisation, de sa santé, de ses loisirs; elle devra se charger des démarches nécessaires à un départ en cure ou en colonie de vacances. De plus, elle doit persuader la famille de l'utilité de toutes ces initiatives. Tâche d'autant plus difficile que ces familles sont souvent, comme nous l'avons vu, très déficientes sur le plan matériel et moral.

Le Juge des Enfants peut, à tout moment, modifier sa décision, soit d'office, s'il estime que la situation a évolué en mieux ou en pire, soit à la requête des parents ou du Procureur de la République. Donc, que les mesures prises soient provisoires ou « définitives », elles sont, à tout moment, modifiables dans l'intérêt de l'enfant.

Ces modifications des décisions du Juge des Enfants expliquent qu'elles n'ont pas toujours été consignées dans nos observations.

L'on relève les décisions suivantes :

- Dans 32 cas, l'enfant a été immédiatement retiré à sa famille.

- Dans 6 cas, l'enfant a été confié à un membre de la famille.
- Dans 15 cas, l'enfant a été laissé à ses parents.

Lorsque l'enfant a été initialement retiré, il est noté, dans 6 cas, qu'il a été ensuite rendu à sa famille. Ce chiffre ne préjuge en rien du nombre exact des enfants qui ont été rendus.

Nous notons en outre dans 4 cas un abandon.

En résumé, les pouvoirs du Juge des Enfants sont considérables en ce qui concerne la destinée de l'enfant battu. On pourrait croire que les parents, ayant fait preuve par leur attitude coupable de leur incapacité d'élever correctement leur enfant, la Société a le droit d'agir à leur place et d'assurer selon son gré la protection puis l'éducation de l'enfant. C'était l'état d'esprit qui présidait aux anciennes mesures de Déchéance de Puissance Paternelle. Mais, en fait, les mesures actuelles d'Assistance Educative, souples, variées et modifiables, tiennent bien compte de la complexité du problème.

Il existe, en effet, un équilibre très délicat et mouvant entre les droits de la famille et la sauvegarde des intérêts de l'enfant ou, sous une optique plus large, entre les prérogatives des parents et la responsabilité morale et l'intérêt de la société. Lorsque ces droits respectifs coïncident — comme c'est heureusement le cas le plus souvent — tout concourt au bien de l'enfant. Lorsqu'il y a divergence, c'est-à-dire dans le cas des enfants maltraités ou d'une déficience des parents, l'intervention de la Société s'avère nécessaire et incontestable, mais celle-ci ne doit pas tendre à dépouiller les parents de tout souci quant à l'éducation de l'enfant. En d'autres termes, la Protection de l'Enfance par la Société doit avoir pour principe une amélioration progressive du milieu familial. Après un éventuel retrait provisoire de l'enfant, cela permettrait de le réintégrer dans son cadre de vie habituel, qui est théoriquement le plus propice à un développement affectif et social normal. Seules les familles dont la carence peut être estimée totale et définitive devraient faire l'objet d'une privation intégrale de leurs droits sur l'enfant au profit de la Société.

La protection de l'enfant se heurte en réalité à des problèmes humains considérables, complexes, d'appréciation subjective et même à des problèmes économiques, voire politiques. C'est dire, en définitive, la nécessité d'une perfection presque idéale des services sociaux, administratifs et sanitaires qui ont pour mission, au nom de la société, d'œuvrer pour le bien-être de l'enfant. La personnalité et la compétence du Juge des Enfants — promoteur de toute action

pour la Protection de l'Enfance — et celles du Directeur de l'Action Sanitaire et Sociale sont déterminantes.

**b) Sanctions pénales, civiles et administratives  
à l'encontre des coupables.**

Dans certains cas, une décision d'Assistance Educative peut être prise dans l'intérêt de l'enfant sans que les parents soient estimés coupables d'un fait délictueux suffisamment caractérisé. Les parents ne seront alors l'objet d'aucune sanction civile ou pénale. Il s'agit de l'immense domaine des carences éducatives qui peuvent retentir sur l'enfant d'une manière aussi grave qu'un sévices caractérisé.

**1° SANCTIONS PÉNALES.**

Elles sont apparemment d'une grande sévérité et l'article 312 du Code pénal prévoit les peines suivantes :

— S'il s'agit d'une privation de soins ou d'aliments compromettant la santé de l'enfant, de coups, blessures, violences ou voies de fait entraînant une maladie ou une incapacité de moins de 20 jours :

- emprisonnement de 1 à 5 ans, amende de 500 à 5.000 francs pour toute personne maltraitant un enfant;
- emprisonnement de 3 à 10 ans, amende de 500 à 6.000 francs avec privation éventuelle des droits civiques, civils et de famille s'il s'agit des parents légitimes, naturels ou adoptifs, ou de toute personne ayant autorité sur l'enfant ou en ayant la garde.

— S'il s'agit d'une privation de soins ou d'aliments, de violences entraînant une maladie ou une incapacité supérieure à 20 jours, ou commises avec préméditation :

- emprisonnement de 3 à 20 ans pour toute personne maltraitant un enfant;
- réclusion criminelle de 5 à 10 ans, s'il s'agit des parents légitimes ou naturels ou de toute personne ayant la garde de l'enfant ou autorité sur lui.

— S'il s'agit de violences ou privations de soins ou d'aliments suivis de mutilation, amputation, privation de l'usage d'un membre.

cécité, perte d'un œil ou autre infirmité permanente, ou si la mort a été occasionnée sans l'intention de la donner :

- réclusion criminelle de 10 à 20 ans pour toute personne coupable;

- réclusion criminelle à perpétuité s'il s'agit des parents ou d'une personne ayant la garde de l'enfant.

— S'il s'agit de violences ou de privations pratiquées habituellement et ayant entraîné la mort, même sans intention de la donner. ou s'il s'agit de violences même non habituelles avec privation de soins ou d'aliments avec l'intention de provoquer la mort :

- peine de mort.

Ces peines sont également applicables à la mère qui a participé, en connaissance de cause, à des mauvais traitements et sévices dus à l'initiative du père (Crim., 26 déc. 1961, D. 1962, somm. 47).

Le tableau n° 3 résume les peines encourues. L'appareil législatif semble donc suffisamment rigoureux, d'autant plus que les mêmes faits peuvent donner lieu également à application de l'article 357-I, paragraphe 3 du Code pénal. Mais il s'avère dans la réalité que les lois ne sont pas appliquées ou du moins pas assez.

Notre avis personnel est basé sur les peines appliquées dans 18 affaires, concernant 20 observations, citées dans le tableau n° 4 et qui sont les seules pour lesquelles nous avons eu connaissance de la décision judiciaire. Dans presque tous les autres cas, il semble ne pas y avoir eu de condamnations.

Parmi les condamnations relevées, on note :

Dans 8 cas, peine de prison ferme :

- inférieures à 1 an dans 4 cas : 1 mois, 4 mois, 6 mois, 6 mois;

- supérieures à 1 an dans 4 cas : 4 ans, 5 ans, 5 ans, 7 ans.

Dans 11 cas, peine de prison avec sursis.

Dans 4 cas, décision de relaxe.

On trouve dans 2 cas, concernant le père, d'abord une condamnation avec sursis, puis une peine de prison ferme.

Ces condamnations s'appliquent :

- au père dans 9 cas;

- à la mère dans 6 cas;

- au père et à la mère dans 3 cas.

# COUPS ET BLESSURES VOLONTAIRES

(Combinaison des diverses circonstances aggravantes).

|                                                                                                                                            | Incapacité ≤ 20 jours                                                                                                                                                                                                               | Incapacité > 20 jours                                                                                                                                                                     | Infirmité permanente                                  | Mort sans intention de la donner                                                                                       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><u>Mineur de 15 ans</u><br/><u>Victime :</u><br/>(aux coups, on assimile les privations de soins et toute violence et voie de fait)</p> | <p>empr. 1-5 ans<br/>amende 500-5000 Fr.<br/>(a. 312, al.6)<br/>I.S. 2-5 ans (a.315)<br/><u>+ Préméditation :</u><br/>empr. 3-10 ans<br/>amende 500-6000 Fr.<br/>(a. 312, al.7)<br/>I.S. 2-5 ans } même art.<br/>Int.dr. 5-10a,</p> | <p>empr. 3-10a.<br/>amende 500-6000 Fr. (a. 312 al.7)<br/>I.S. 2-5 a.<br/>(a. 315) Int.<br/>dr. 5-10 ans<br/>(a. 312, al.7)<br/><u>+ préméditation</u><br/>R.C. 5-10 ans<br/>(a. 310)</p> | <p>toujours<br/>R.C. 10-20 ans (a. 312, al.9)</p>     | <p>R.C. 10-20 ans (a.312 al.9)<br/><u>+ préméditation</u> R.C. Perpét.<br/><u>+ Habitude :</u> mort (a.312, al.11)</p> |
| 1. Par un tiers                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                           |                                                       |                                                                                                                        |
| 2. Par un ascendant ou une personne ayant autorité sur l'enfant                                                                            | <p>empr. 3-10 ans amende 500-6000 Frs (a. 312 al. 8) I.S. 2-5 a. (a. 315) - Int. dr. 5-10 a. (A. 312, al.8)<br/><u>+ préméditation :</u><br/>R.C. 5-10 ans (a. 312, al. 8)</p>                                                      | <p>R.C. 5-10 ans dans tous les cas (a. 312, al.8)</p>                                                                                                                                     | <p>R.C. perpét. dans tous les cas. (a. 312, al.9)</p> | <p>R.C. perpét. (a. 312, al. 9)<br/><u>+ Habitude</u> mort. (a. 312, al. 11).</p>                                      |
| 3. Par toute personne et avec intention de donner la mort.                                                                                 | <p>Peine de mort quel que soit le résultat obtenu<br/>(art. 312, al. 10)</p>                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                           |                                                       |                                                                                                                        |

|          |   |                         |
|----------|---|-------------------------|
| R. C.    | = | réclusion criminelle    |
| I. S.    | = | interdiction de séjour  |
| Int. dr. | = | interdiction des droits |

Tableau n° 3

Communiqué par l'Institut d'Etudes Judiciaires de la Faculté de Droit de Nancy.

(Professeur VITU)

| Obs.                | AGE<br>ENFANT            | SERVICE REPROCHE                                | DECISION                                                              | Père = P<br>Mère = M | COMMENTAIRES                                                       |
|---------------------|--------------------------|-------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|----------------------|--------------------------------------------------------------------|
| 4                   | 2 ans                    | Brûlures pendant scène<br>d'ivresse             | P = 1 mois<br>M = 15 jours avec sursis + 30F                          |                      | vanniers alcooliques en route                                      |
| 9                   | 5 ans                    | tentative de meurtre par<br>défenestration coma | M = 4 ans                                                             |                      | inconduite notoire                                                 |
| 15                  | 2 mois                   | fracture du crâne par<br>chute non avouée       | M = disqualifié en blessures<br>involontaires 300F amende avec sursis |                      | "simple coup de malchance"                                         |
| <del>10</del><br>66 | <del>3 et 5</del><br>ans | ecchymoses multiples                            | P = relaxe<br>M = 6 mois                                              |                      |                                                                    |
| 24                  | 10 mois                  | Nombreuses fractures des<br>membres et du crâne | P = 7 ans                                                             |                      |                                                                    |
| 28                  | 6 ans                    | Coups divers                                    | P = 1) 2 ans - sursis - mise à l'épreuve<br>2) 4 mois - M = relaxe    |                      | enfants mal aimés                                                  |
| 38                  | 5 ans                    | Brûlures volontaires                            | P = 1) 2 ans sursis + 200 F<br>2) 5 ans                               |                      |                                                                    |
| 47                  | 5 ans                    | ecchymoses et brûlures                          | M = Relaxe                                                            |                      |                                                                    |
| 48                  | 2 ans                    | très nombreuses fractures                       | P = 5 ans<br>M = 2 ans sursis                                         |                      | Jeune ayant déclenché des<br>réactions de presse et parlementaires |
| 49                  | 6 ans                    | plaie orbite + fracture du<br>nez               | P = relaxe                                                            |                      | Père surchargé de travail et<br>mère négligente                    |
| 56                  | 1 mois                   | mort par faute de soins                         | M = 1 an avec sursis et mise à<br>l'épreuve 3 ans                     |                      |                                                                    |
| 59                  | 6 ans                    | griffures et ecchymoses                         | P = 6 mois                                                            |                      | plainte de la mère                                                 |
| 62                  | 2 ans                    | tentative de section de la<br>verge             | M = 1 an avec sursis                                                  |                      | plainte d'un médecin traitant                                      |
| 65                  | 5 mois                   | tentative d'abandon<br>manque de soins          | M = 4 mois avec sursis                                                |                      | mère collabataire                                                  |
| <del>69</del><br>70 | <del>2 et 3</del><br>ans | ecchymoses multiples                            | P = 3 mois + 1 jour avec sursis<br>et mise à l'épreuve 3 ans          |                      | Plainte de la mère                                                 |
| 71                  | 11 ans<br>obs. excep.    | alopécie - ecchymoses multiples                 | P = 1 mois avec sursis<br>belle M = 3 mois avec sursis                |                      | Séances typiques d'os à une<br>"marâtre"                           |
| 76                  | 5 ans                    | brûlures infligées involontairement             | P = relaxe                                                            |                      |                                                                    |
| 77                  | 3 ans                    | ecchymoses et hématomes                         | beau P = 1 an avec sursis                                             |                      |                                                                    |

Ces peines nous semblent vraiment minimales quand nous les comparons avec les peines appliquées à de simples voleurs.

Notre incompetence nous incite à nous retrancher derrière les déclarations officielles faites le 4 juin 1965 à l'Assemblée nationale par M. Jean FOYER, Garde des Sceaux, à la suite de la question orale avec débat, posée par Mme THOME-PATENOTRE :

«...Une fois la procédure ouverte, il faut bien reconnaître qu'il se produit parfois, dans l'esprit des juges, une certaine transformation psychologique, au fur et à mesure qu'ils passent de l'examen des faits à celui de la personne du délinquant. La première réaction est une réaction d'indignation devant des procédés inadmissibles. Puis, dans nombre de cas, il est presque inévitable que le délinquant, en raison de sa débilité, de son insuffisance, de son hérédité chargée et de l'existence lamentable qu'il a menée, finisse par inspirer une certaine pitié.

... Il importe que, en présence de pareils actes et de délinquants qui peuvent néanmoins subir l'effet d'intimidation de la peine, il soit exercé en ce domaine une répression suffisante... Par une circulaire en date du 9 décembre 1964 concernant les crimes et délits contre les enfants, je demandais aux Procureurs généraux de me rendre compte immédiatement de chaque nouvelle poursuite exercée à raison de crimes ou de délits de cette nature de les faire poursuivre sous leur plus haute qualification pénale, de requérir la mise sous mandat de dépôt des auteurs de ces faits, de requérir l'application de peines sévères et fermes et d'exercer les voies de recours quand ils n'obtiendraient pas satisfaction... »

Cette longue citation du ministre de la Justice constitue un aveu de la répression insuffisante exercée actuellement contre les bourreaux d'enfants. Nous signalons au passage que le débat dont est extraite cette citation n'a rassemblé en séance qu'une dizaine de députés et un seul ministre !

Mais faut-il incriminer les juges en prétendant que, par l'application de circonstances atténuantes ou par la « correctionnalisation » de certains faits criminels, ils font preuve de trop de mansuétude envers les bourreaux d'enfants ? D'ailleurs, les jurés eux-mêmes — reflet, assure-t-on, de l'opinion publique — témoignent eux aussi d'une singulière indulgence.

Tout se passe comme si la Société tout entière se sentait coupable. Elle n'a ni instruit, ni aidé, ni même surveillé comme il aurait été souhaitable, cet homme, ce couple, cette famille.

Pour eux, les conditions de vie sont souvent telles qu'elles constituent un enchaînement de causes et d'effets quasi inéluctables à travers lesquels la notion de responsabilité s'estompe et devient indélimitable.

Nous sommes dans un domaine où l'indignation plus que naturelle est juste, mais où le devoir est d'examiner en profondeur et sous ses différents éclairages un problème cruel.

La sévérité de la peine et son application ont démontré leur efficacité respective. De toutes les solutions que l'on peut apporter au problème criminel, l'aggravation des sanctions est sans doute la plus facile, mais la moins efficace. Elle ne résoudra pas les problèmes fondamentaux des domaines médicaux sociaux, psychologiques, culturels ou économiques. Le sénateur HAMON, abondant dans ce sens, a exprimé l'avis qu'il ne fallait pas céder à la tentation de paresse intellectuelle qui consiste à croire qu'il suffit pour protéger l'Enfance d'aggraver les peines contre ses bourreaux (*J.O. Débats parlementaires*, 14 septembre 1951).

L'effort principal est sans discussion possible : *La Prévention*.

## 2° SANCTIONS CIVILES ET ADMINISTRATIVES.

### — *La déchéance de Puissance Paternelle ou le retrait des droits.*

La Puissance paternelle est définie par un certain nombre d'éléments qui constituent l'autorité du père et de la mère vis-à-vis de leurs enfants.

Il s'agit :

- du droit de garde;
- du droit de jouissance légale;
- du droit de consentir au mariage, à l'adoption, à l'émancipation, à la naturalisation;
- du droit d'exercer la tutelle.

La déchéance a été instituée par la loi du 24 juillet 1889 et, malgré quelques modifications ultérieures, celle-ci est toujours en vigueur. Cette mesure peut être obligatoire : accompagnant certaines sanctions pénales, ou facultative. Il existe deux gradations dans son étendue :

● La déchéance totale est le retrait de tous les droits. Elle fait de l'enfant un pupille de l'Etat à 100 %. Les parents déchus ont droit à une demande unique de restitution. Si elle est rejetée, tout lien entre eux et l'enfant est supprimé et celui-ci devient adoptable.

● La déchéance partielle ne frappe que certains droits, essentiellement le droit de garde qui est le plus important. Ce retrait du droit de garde donne à la personne ou l'établissement à qui l'enfant est confié ou au service de l'Aide Sociale à l'Enfance, les droits suivants :

- le droit de placer l'enfant;
- le droit de régler les relations avec les membres de la famille;
- le droit de correction paternelle;
- le droit aux allocations familiales.

Ici, l'enfant garde un lien avec sa famille et il n'est pas adoptable.

La déchéance fut la seule mesure judiciaire jusqu'au décret-loi du 30 octobre 1935 instituant l'Assistance Educative. En fait, c'est la réforme définie par l'ordonnance du 23 décembre 1958 qui opère le véritable bouleversement. L'Assistance Educative est mise au premier plan : c'est une mesure judiciaire qui vise l'enfant alors que la déchéance est une sanction contre les parents. Ces mesures ne sont pas contradictoires : l'une ne supprime pas l'autre, elles sont au contraire complémentaires. Mais dans la pratique, il existe une certaine confusion entre elles et cela donne l'impression que l'Assistance Educative s'est substituée purement et simplement à la déchéance. La réalité est tout autre : ces deux mesures ont, chacune, leur domaine respectif. Si l'Assistance Educative est de loin la mesure la plus appliquée, et à juste raison, la déchéance doit subsister dans deux circonstances :

en cas d'indignité majeure des parents et de la nécessité d'une sanction pénale,

en cas de suppression, dans l'intérêt de l'enfant, de tout lien entre lui et sa famille.

Cette deuxième indication doit être soulignée car elle peut parfois permettre de rompre, chez des enfants placés à long terme, tout lien avec une famille qui ne peut plus rien lui apporter. D'une mesure de déchéance prise à bon escient, quelle qu'en soit la rigueur un peu inhumaine, peut dépendre l'avenir harmonieux de l'enfant.

— *La tutelle aux Allocations Familiales.* C'est une mesure instituée par la loi du 22 août 1946. Elle prévoit que, lorsque les enfants sont élevés dans des conditions d'alimentation, de logement ou d'hygiène manifestement défectueuses et que le montant des allo-

cations familiales n'est pas employé dans l'intérêt de l'enfant. le Juge des Enfants peut nommer un tuteur aux allocations familiales. Ce tuteur est toute personne physique ou morale qualifiée. Il s'agit là d'une sanction administrative très efficace pour le bien matériel de l'enfant. Elle peut compléter une mesure d'Assistance Educative et elle serait parfaite si elle pouvait se doubler de la présence d'une auxiliaire familiale au sein de la famille pour assurer un enseignement ménager élémentaire.

### 3° QUELQUES STATISTIQUES CONCERNANT TOUTES CES SANCTIONS.

— Statistiques criminelles pour la France entière, concernant les sévices à enfants :

|            |                   |
|------------|-------------------|
| 1960 ..... | 592 condamnations |
| 1961 ..... | 678 condamnations |
| 1962 ..... | 564 condamnations |
| 1963 ..... | 642 condamnations |
| 1964 ..... | 688 condamnations |

Selon le ressort des cours d'appel, on constate :

— un très petit nombre de condamnations dans l'immense majorité des cours d'appel;

— une importance quantitative notable

à *Paris* (influence des conditions de logement et de densité démographique) ;

à *Douai*;

à *Caen* (influence de l'alcoolisme) ;

à *Nancy* dans une moindre proportion.

— Statistiques concernant des sanctions pénales du ressort de la chambre correctionnelle du Tribunal de Grande Instance de Nancy de 1960 à 1966 :

25 cas de coups, mauvais traitements et défauts de soins à enfant de moins de 15 ans.

— Statistiques concernant les sanctions civiles et administratives du ressort du Tribunal de Grande Instance de Nancy :

#### *Déchéance de Puissance Paternelle.*

|                                                    |   |            |
|----------------------------------------------------|---|------------|
| 1965 : 12 dossiers présentés concernant 36 enfants | } | 8 acceptés |
|                                                    |   | 2 partiels |
|                                                    |   | 2 rejets   |

### *Assistance Educative.*

Entre 1958 et 1965 : 1.500 dossiers par an ne concernant pas uniquement des sévices physiques;

1966 : 1.960 mineurs sous Assistance Educative.

### *Tutelle aux Allocations Familiales.*

En Meurthe-et-Moselle, 26 mesures nouvelles en 1966 (total : 57 familles).

### 4° PROBLÈME PARTICULIER.

Les parents adeptes de sectes philosophiques ou religieuses.

L'élément intentionnel du délit de défaut de soins à enfant, réprimé par l'article 312, alinéa 6 du Code pénal, est d'une détermination assez complexe lorsque les parents en cause appartiennent à une secte religieuse ou philosophique estimant le recours aux médecins inutile pour ceux qui ont la foi ou certaines convictions.

Ces négligences, bien que légères sur le plan moral, ont ou peuvent avoir des conséquences très dangereuses pour l'enfant.

Nous donnons 2 exemples :

Par un jugement en date du 30 octobre 1953 (Dalloz 1954.270), le Tribunal correctionnel de Dunkerque a considéré que l'élément intentionnel du délit de défaut de soins n'était réalisé que lorsque le prévenu prive l'enfant d'aliments ou de soins avec la connaissance et la prévision qu'il en résultera une altération de la santé. Le fait, pour les membres d'une secte religieuse, d'avoir laissé leur enfant dépérir et mourir privé de tous soins médicaux constitue, pour cette juridiction, un homicide involontaire. Les parents furent condamnés à une peine d'emprisonnement avec sursis.

Les dispositions pénales requérant une intention coupable et la prévision du résultat n'étaient certainement pas applicables non plus dans l'affaire qui a été évoquée devant le Tribunal correctionnel de Gap le 5 janvier 1954.

Un enfant était décédé des suites d'une crise aiguë de rhumatisme articulaire; ses parents n'avaient pas appelé le médecin et s'étaient contentés d'une « méthode naturelle » : cataplasmes, étant donné leurs croyances religieuses (disciples du Christ de Montfavet). Leur secte estime en effet que ses adeptes ont reçu de Dieu le droit de guérison par imposition des mains et sont seuls capables de guérir. Ce tribunal a relaxé les prévenus, estimant qu'il n'y avait

pas eu intention délictueuse puisque les parents n'avaient pas prévu et désiré l'altération de la santé de leur enfant. Le ministère public ayant fait appel, la cour d'appel de Grenoble statua le 9 avril 1954 et considéra qu'il y avait, dans l'espèce, délit d'omission volontaire prévu par l'article 63, alinéa 2 du Code pénal. Les parents furent condamnés à 6 mois de prison avec sursis.

Cet aveuglement religieux est parfois quasi délirant et les médecins experts ont conclu, dans certains cas, à une maladie mentale du prévenu.

Notons enfin que depuis l'ordonnance du 23 décembre 1958, le Juge des Enfants peut ordonner *instantanément* l'hospitalisation des enfants malades dont les parents, témoins du Christ de Montfavet et autres sectes, refusent de les faire soigner.

Nous avons observé récemment un cas de ce type :

*Obs. non retenues.*

La famille P... comprend 4 enfants : Ignace, 3 ans et demi et Joseph, 6 mois, sont hospitalisés au service pour une thalassémie majeure. L'ainé a une anémie de 2.600.000 hématies, son frère à 3.250.000. Dès l'entrée au service, les parents signalent qu'ils sont témoins de Jéhovah et s'opposent à toute transfusion de sang. De longues conversations expliquant aux parents, pourtant affectueux, que leurs convictions font courir un danger de mort à leurs enfants, ne permettent pas de les convaincre.

L'on est donc obligé de constater l'anémie de Cooley sans pouvoir traiter les enfants.

Notre position a été la suivante : la vie des enfants n'étant pas en danger immédiat, nous n'avons pas mis en œuvre, par décision judiciaire, de transfusion en urgence, mais nous avons adressé au médecin traitant la lettre suivante :

« ...Ignace et Joseph P..., atteints de thalassémie majeure ou maladie de Cooley, sont gravement anémiques et les parents, par conviction religieuse, s'opposent à ce qu'on les transfuse. De ce fait, ils exposent les deux enfants à une mort rapide.

Nous estimons par conséquent qu'ils assument une responsabilité grave et nous demandons si des mesures pénales ne pourraient être édictées à leur égard. »

La conduite pratique du médecin, dans ces cas, doit donc être la suivante :

— si la vie de l'enfant est en danger, il doit imposer aux parents, par décision du Juge des Enfants, une thérapeutique salvatrice;

— si la vie de l'enfant n'est pas immédiatement en jeu, il doit néanmoins provoquer un signalement au Directeur Départemental de l'Action Sanitaire et Sociale ou au Juge des Enfants afin que ceux-ci puissent faire surveiller l'enfant et imposer, le moment venu, une intervention médicale d'office.

#### IV. — LEGISLATION COMPAREE

Les enfants victimes de sévices se retrouvent, hélas, dans tous les pays du monde. Mais ce problème, lié à une crise générale de la jeunesse, prend une acuité marquée dans les pays de Haute Civilisation et dans les villes en expansion des pays en voie de développement.

Ainsi nous aurons en vue surtout la législation des pays les plus touchés : les Etats-Unis et certains pays européens.

##### a) Les Etats-Unis.

Le problème de l'enfant maltraité y paraît primordial : il est à la fois ancien : nombreuses Sociétés Protectrices de l'Enfant créées dès la fin du siècle dernier, et actuel : nombreuses publications depuis 1945 sur ce problème. Il est aussi complexe vu la diversité extrême des lois et des sociétés de protection selon les différents Etats.

Du point de vue officiel :

Le titre V de la loi du Congrès, relatif aux Affaires sociales, prévoit un Conseil des Services Sociaux de l'Enfance (Advisory Council on Child Welfare Service) auprès du Secrétariat du Département d'Etat chargé des affaires médicales et sociales. Celui-ci comprend d'ailleurs un bureau spécial à l'Enfance (Children's bureau).

Il existe selon les Etats des Juges d'Enfants, de la Jeunesse ou de la Famille, mais leur ressort et leur compétence semblent très variables selon les villes, les districts ou les Etats.

La législation régissant la protection de l'Enfance malheureuse est également variable selon les Etats et nous citons ci-dessous des extraits du Code pénal de l'Etat de Californie :

● Code pénal, 1<sup>re</sup> partie - titre 9 - chap. 2.

Section 273 a : cruauté volontaire envers un enfant mettant sa santé ou sa vie en danger.

Toute personne qui cause ou admet volontairement une souffrance à un enfant, qui lui inflige sans justification une souffrance physique ou mentale, qui met la vie de l'enfant en danger, est coupable de délit.

Section 273 d : infliction d'une blessure à une épouse ou un enfant.

Tout mari qui inflige volontairement à sa famille : épouse ou enfant une punition corporelle inhumaine ou cruelle est coupable de crime et punissable d'emprisonnement pour une durée supérieure à 2 ans dans une prison d'état ou d'une durée non supérieure à un an dans une prison du comté.

● Code pénal, 4<sup>e</sup> partie - chap. 2 - article 2.

Section 11.160 : blessures infligées par violences. Toute personne, organisme ou corporation dirigeant un hôpital ou une pharmacie de l'Etat auprès desquels sera amenée une personne souffrant d'une blessure infligée par des tiers, devra le signaler immédiatement par téléphone ou par écrit au chef de la police ou au maire de la ville ou du comté ou au shérif. Le rapport indiquera le nom de la personne blessée, s'il est connu son domicile, le caractère et l'extension des blessures.

Section 11.161 : concerne le médecin ou le chirurgien. S'il soigne ou a en charge une personne concernée par l'article 11.160, il devra également faire un signalement de la même manière.

Section 11.152 : punition du délit constitué par la violation des articles ci-dessus.

Toute personne, agence ou corporation violant les dispositions de ces articles, est coupable de délit et punissable d'emprisonnement dans une prison de comté pour une période n'excédant pas 6 mois ou d'une amende n'excédant pas 500 dollars ou des deux réunis.

La Section 11.161 nous semble particulièrement intéressante. L'Etat de Californie a été le premier Etat et longtemps le seul à prévoir une dénonciation obligatoire de la part du médecin. Actuellement, de nombreux Etats adoptent progressivement une même attitude. D'ailleurs, en France, nous avons signalé, page 113, le projet de loi déposé par Mme THOME-PATENOTRE et allant dans ce sens.

Du point de vue privée, il semble que l'opinion publique soit plus sensibilisée qu'en France. En effet, le nombre et les activités des sociétés privées paraissent très importants.

Nous avons relevé les principales sociétés nationales :

— Société Protectrice de l'Enfance (Societe for the prevention of Cruelty to children).

— Sociétés d'Aide à l'Enfance (Children's Aid Societes).

— Sociétés Humanitaires (Humane Societes), et

— L'Association Humanitaire Américaine (The American Human Association) qui a son siège à Denver et qui possède une division de l'enfance (children's division) qui est très active.

Nous avons volontairement insisté sur l'importance donnée à la protection de l'enfance dans ce pays. Nous y ajouterons le rôle éminent des Médecins américains fort nombreux : FONTANA, CAFFEY, KEMPE, WOOLEY, HARPER, ELMER, MAC HENRY et bien d'autres qui se sont penchés de très près sur ce problème et sont, en fait, à l'origine du renouveau d'intérêt médical enregistré dans le monde entier depuis une vingtaine d'années en ce domaine. Ce sont eux qui ont introduit la notion d'une nouvelle entité pédiatrique constituée par les sévices.

#### b) La Belgique.

La loi du 15 mai 1912 établit une protection socio-pédagogique du jeune et le retire de l'aire du droit pénal. Le Juge des Enfants est institué par cette loi et la déchéance Paternelle est la principale peine prévue. Légèrement modifiée en 1959, cette loi est complètement renouvelée le 8 avril 1965.

Le nouveau texte propose une protection sociale différente de la protection judiciaire. Les organes d'exécution en sont : un Comité de Protection de la Jeunesse par arrondissement, chargé de l'action préventive, un Service Social, des Centres Médico-Psychologiques et des délégués bénévoles.

La protection juridique est assurée par un Tribunal de la Jeunesse qui remplace le Juge des Enfants. Les mesures d'Assistance Educative, de déchéance et de tutelle aux Allocations Familiales sont sensiblement identiques aux mesures françaises.

#### c) Les Pays-Bas.

La loi néerlandaise prévoit 4 sortes de sévices :

Sévices simples : emprisonnement de 2 ans au plus et amende (art. 300 du Code pénal).

Séances commises avec préméditation : emprisonnement de 3 ans au plus et amende (art. 301 du Code pénal).

Séances graves : « c'est le fait de causer intentionnellement une grave lésion corporelle », emprisonnement de 8 ans au plus (art. 302 du Code pénal).

Séances graves avec préméditation : emprisonnement de 12 ans au plus (art. 303 du Code pénal).

Il n'existe pas de distinction entre séances à mineur ou à majeur, mais l'article 304 du Code pénal dispose que les peines sont élevées d'un tiers à l'égard du coupable qui commet un délit contre son enfant. Mais le cas de mauvais traitements les concernant ne relève pas du Juge des Enfants.

Ces peines sont donc minimes et dans la pratique peu appliquées (Clemens Schröner).

La Hollande semble un des rares pays où il existe peu d'intérêt pour ce problème dans la législation et dans la pratique. Ceci est d'autant plus étonnant que pour les mauvais traitements à animaux, il y a un intérêt constant : on vient de proposer une aggravation de peine dans ces cas...

#### d) République Fédérale Allemande.

Le Code pénal allemand prévoit :

Article 170 d : mise en danger d'un enfant.

Quiconque met en danger la santé physique ou morale d'un enfant, du fait qu'il néglige grossièrement et sans scrupule, ses devoirs de soins ou d'éducation et laisse en particulier l'enfant sans nourriture ou sans entretien, sera puni d'emprisonnement allant de 1 jour à 5 ans au maximum.

Article 223 b : mauvais traitements à personnes assujetties.

Quiconque martyrise des enfants ou les maltraite rudement ou porte atteinte à leur santé par des négligences malveillantes, sera puni d'un emprisonnement non inférieur à 3 mois.

Article 224 : coups et blessures très graves.

S'il résulte une atteinte corporelle permanente, la condamnation ira de 1 an de prison à 5 ans de réclusion.

En outre, quelques publications médicales ont été enregistrées ces dernières années, mais il est difficile de se faire une opinion

sur l'importance de ce problème de l'enfance malheureuse dans ce pays. Notons seulement que la politique de construction de logements, entreprise après la dernière guerre, est un facteur qui a une répercussion certaine sur le bien-être de l'Enfance. Il existe, en Allemagne, des Juges des Enfants qui ont des fonctions plus restreintes qu'en France.

#### e) L'Italie.

La législation prévoit des peines spéciales pour les coups à enfants :

Article 390 du Code pénal : quiconque, abusant des moyens de correction ou de discipline, occasionne un dommage ou un danger pour la santé d'une personne soumise à son autorité est puni de 6 à 10 mois de détention.

L'Article 391 prévoit certaines circonstances aggravantes.

L'Article 392 permet au juge de déclarer, dans le cas d'abus de moyens de correction, ou de discipline, le condamné déchu de ses droits de garde ou de surveillance sur la victime.

Il existe des Juges des Enfants placés auprès des Tribunaux d'Instance qui ne constituent pas une juridiction spéciale. Ils peuvent prendre des mesures d'Assistance Educative.

Il ne semble pas exister en Italie de nombreux cas de sévices envers les enfants, car, traditionnellement, le « bambino » est très aimé et toujours accueilli avec faveur, même si la famille est très pauvre ou misérable. Même les célèbres « ragazzi » des bas quartiers de Naples sont respectés et considérés par leurs familles. Et s'il est fréquent en France de rencontrer des enfants battus dans les familles italiennes, cela semble dû à la transplantation.

#### f) L'Angleterre.

Nous avons déjà mentionné, dans l'Historique, que le problème de l'Enfance malheureuse s'est manifesté dans ce pays dès l'avènement de l'ère industrielle au milieu du siècle dernier.

L'opinion publique paraît très sensibilisée au sort des enfants ainsi qu'en témoigne l'importance et l'efficacité de la Société pour la Prévention de la cruauté envers les enfants (Society for the Prevention of Cruelty to children), largement subventionnée et qui

emploie de nombreux agents visitant les foyers pour assurer la Protection de l'Enfance.

Ces Sociétés ont le droit de citer directement devant les juges les auteurs de sévices contre les enfants, jouant ainsi un rôle de ministère public spécial. L'importance accordée par les familles britanniques à l'éducation de leurs enfants explique, dans une grande part, cet intérêt vis-à-vis de l'Enfance malheureuse et la parfaite coordination constatée entre Services Publics et Privés.

Du point de vue législatif, c'est une loi spéciale à l'enfance : « Children and young persons act 1933 » qui est la base de l'action légale.

En 1946 le rapport CURITS sur les placements des enfants en nourrice, remet en avant cette question et provoque, en 1949, des débats parlementaires sur l'Enfance maltraitée.

Ce sont les Anglais qui, les premiers, en 1950, mettent en brèche le mythe des parents bourreaux malades mentaux et constatent la primauté des facteurs économiques et sociaux.

## SYNTHESE ET PERSPECTIVES

---

Nous venons d'aborder successivement les trois volets composant les données du problème de l'Enfance maltraitée. Nous voudrions maintenant commenter les grandes lignes qui s'en dégagent et indiquer ensuite des propositions constructives.

Nous avons déjà signalé, tout au long de cette étude, les difficultés rencontrées et les insuffisances constatées dans la protection de l'Enfance victime de sévices. Si nous reparlons des déficiences subsistant actuellement, ce n'est pas dans un but de critique stérile, mais comme point de départ d'une action meilleure qui ne peut être qu'une *Prévention*.

## LES ASPECTS ACTUELS

---

Les aspects actuels qui nous paraissent constituer des failles dans la Protection de l'Enfance martyre sont :

- mauvaise détection des sévices, en particulier par le médecin;
- négligence des facteurs psycho-sociaux;
- mauvaise coordination et insuffisance des Services Sociaux existants;
- législation mal ou insuffisamment appliquée.

## I. — LA MAUVAISE DETECTION DES SEVICES

Nous avons déjà mentionné que la découverte des sévices chez l'enfant est, la plupart du temps, difficile. Lorsque le diagnostic est devenu évident, c'est que l'on arrive trop tard... On constate actuellement une grave défaillance médicale dans la détection des sévices : par ignorance générale des médecins concernant le problème de l'Enfance maltraitée ou par une méconnaissance de la conduite à tenir.

Nous avons une observation personnelle où l'enfant est arrivée morte à l'hôpital, victime manifeste de sévices physiques et où la lettre d'envoi du médecin ne les mentionnait même pas.

Dans le Massachusetts, en 1960, sur 180 enfants victimes, 9 % seulement des cas sont détectés par des médecins, alors que, pourtant, 30 % de ces victimes avaient reçu des soins médicaux.

Ainsi donc, dès le départ, l'enfant victime ne peut compter sur une intervention du médecin qui ne sait, ne peut ou ne veut pas intervenir.

La détection par les sévices sociaux est également défaillante, mais d'une autre manière. Ils sont en général plus avertis que les médecins, mais ils sont desservis par le manque tragique de moyens. Un simple exemple : dans une petite ville des environs de Nancy, deux assistantes sociales seulement ont en charge 25.000 habitants, soit environ 4.500 enfants et 350 nouveau-nés supplémentaires par an. Dans les faits, le nourrisson peut être présenté au gré des parents soit à un médecin, soit à une consultation de nourrissons. Il ne sera surveillé par l'assistante sociale de secteur que si celle-ci a connaissance de son existence et si elle a notion d'une famille exposée. Dans tous les autres cas, l'enfant peut échapper complètement à toute surveillance et reste dans le cadre familial strict.

Quant aux autres personnes susceptibles d'intervenir, force est de constater une carence générale due à l'ignorance, à la peur ou à la couardise.

## II. — LA NEGLIGENCE DES FACTEURS PSYCHO-SOCIAUX

Il s'agit, ici, essentiellement des conditions de logement et de l'alcoolisme. Ces deux données que nous avons détaillées sont unanimement reconnues comme participant d'une manière prépondé-

rante au déclenchement et à l'entretien des sévices envers les enfants. Mais hélas, tout se passe comme s'il s'agissait de problèmes insurmontables qu'il vaut mieux ne pas aborder. Dans la pratique quotidienne, on est obligé d'accepter les taudis, les logements insalubres, les bidonvilles. Faute de pouvoir proposer un domicile valable, on essaie d'aider les familles par d'autres voies, mais il n'en reste pas moins que seul un logement décent résoudra les difficultés. On admet, par la force des choses, qu'une famille vive entassée à 8 ou 10 personnes dans une seule pièce, qu'un petit enfant reçoive l'eau d'une gouttière sur son berceau et qu'il ne puisse être lavé décentement à cause du froid et de l'humidité.

Quant à l'alcoolisme, il est, lui aussi, un fait bien acquis et l'on peut affirmer qu'en ce moment, aucune action d'envergure n'est tentée dans ce domaine. Tous ceux qui s'occupent de l'enfance malheureuse sont totalement désarmés et impuissants devant ce fait qui paraît être un phénomène incontesté et immuable. La relation entre la criminalité et l'alcoolisme est bien établie puisque sur 527 dossiers pris au hasard au Centre de Fresnes, Mlle BADONNEL a trouvé en 1950 :

- une ivresse aiguë dans 50,24 % des cas,
- et un alcoolisme chronique pour 25,01 % des cas restants.

La relation entre bourreaux d'enfants et alcoolisme avoisine vraisemblablement 80 % des cas.

Taudis et alcoolisme sont donc actuellement des faits qu'on ne discute pas et dont on tient seulement compte pour les constater sans pouvoir agir.

### III. — MAUVAISE COORDINATION ET INSUFFISANCE DES SERVICES SOCIAUX EXISTANTS

Nous avons été frappé par la multitude et la complexité des organismes sociaux, publics ou privés, existants et qui ont tous pour but officiel la Protection de l'Enfance. Malgré les efforts d'unité, l'action est, en fait, dispersée et mal coordonnée. Chacun de ces organismes est plus ou moins orienté vers une action bien définie, mais finalement restreinte sans plan d'ensemble et sans contacts avec ceux qui œuvrent dans le même sens. Nous ne faisons pas la critique de chacun en particulier, bien au contraire, mais l'on est bien obligé de constater les cloisonnements qui, fina-

lement, vont à l'encontre des intérêts de l'enfant. Les médecins, les assistantes sociales, les comités de vigilance, les juges des enfants, les services de protection maternelle et infantile, se connaissent mal, ignorent bien souvent l'action de leur voisin, ne savent pas s'épauler pour des actions complémentaires. Parfois même, ces sévices peuvent entrer en concurrence : le Juge des Enfants peut demander deux enquêtes sociales identiques à deux services différents... Et tout cela alors que chacun des services est lui-même pauvre en moyens financiers et en personnel. Nous mentionnerons particulièrement les insuffisances notoires constatées dans la surveillance du petit enfant et le fonctionnement des consultations de nourrissons. Et, pourtant, notre département est un des mieux équipés grâce à l'action de l'Office d'Hygiène Sociale créé par le Professeur Jacques PARISOT !

Malgré tout, en ce qui concerne la surveillance obligatoire du nourrisson par les médecins et les Assistances Sociales, force est de reconnaître que la loi ne peut être appliquée. La fréquentation des consultations de nourrissons est, en effet, incontrôlable et nombre d'enfants leur échappent. De plus, elles sont souvent mal organisées et le médecin est en général insuffisamment préparé à une action sociale.

Nous parlerons enfin d'organismes totalement en sommeil. Ils existent dans les textes, mais n'ont aucune réalité : l'exemple typique en est le Conseil départemental de la Protection de l'Enfance.

Ce tableau pessimiste étant brossé, qu'il nous soit permis cependant de rendre un hommage particulier à ceux et celles qui, malgré toutes ces insuffisances administratives criantes, œuvrent avec un dynamisme, un rayonnement et une efficacité personnels dignes de tous éloges. C'est grâce à ces personnes, qui nous ont accueilli avec gentillesse, malgré leurs tâches écrasantes, que l'enfant maltraité reçoit néanmoins un minimum de protection.

#### IV. — LEGISLATION MAL OU INSUFFISAMMENT APPLIQUEE

Nous avons énuméré les textes de loi protégeant l'enfance malheureuse et nous avons vu qu'ils sont inspirés d'un réel souci de l'Enfant et veulent promouvoir une protection efficace, rapide et souple. Ils sont extrêmement complets et le seul texte législatif que l'on pourrait ajouter serait l'obligation de dénonciation par les

médecins; nous avons déjà dit que ce texte n'aurait peut-être pas que des avantages pour l'enfant.

La loi, dans son application, dépend de *deux* personnages centraux : le Juge des Enfants et le Directeur de l'Action Sanitaire et Sociale. C'est là que réside la difficulté. Ils sont deux. Tout dépend de leur ouverture d'esprit et de cœur, et de leurs services où règne la manie de la compétition et du cloisonnement. C'est en fonction d'eux, de leur compétence, de leur dynamisme, de leur ouverture, de leur conception même de la Protection de l'Enfance, que des solutions judiciaires sages et raisonnables seront données à la sauvegarde de l'Enfant maltraité.

Nous ne reviendrons pas sur les aléas de la juridiction répressive, sauf pour redire l'impression de malaise ressentie devant des mesures de clémence véritablement scandaleuses. A ne regarder que les sentences portées, maltraiter un enfant serait moins grave que voler une voiture ou enfreindre le Code de la route. Et pourtant, il s'agit d'une personne humaine ! Nous pensons que, malgré les réserves déjà faites sur la validité exclusive de mesures pénales sévères, cette clémence actuelle peut constituer un défi à l'enfant maltraité et un véritable encouragement au bourreau. Elle nous semble refléter, en tout cas, le désintérêt général des adultes pour l'Enfance malheureuse. Toutes les imperfections que nous venons d'énumérer s'additionnent l'une à l'autre et sont responsables, globalement, de la carence relative des moyens de protection mis en œuvre.

Nous avons l'espoir qu'au fil des années, toutes ces difficultés s'aplaniront peu à peu et qu'enfin l'Enfant maltraité deviendra une exception. Mais l'amélioration souhaitable doit passer en fait par une véritable *Prévention* des sévices envers les enfants.

## LA PREVENTION

---

« The physical, moral, spiritual and emotional status of America's future generation depends on the action of society toward this problems of maltreatment, to day » (FONTANA).

(Les qualités physiques, morales, spirituelles et affectives de la future génération américaine dépendent de l'action de

la société à l'égard du problème des mauvais traitements, dès aujourd'hui).

« Prévenir, c'est intervenir avant qu'une femme presque analphabète en soit à son neuvième enfant, avant que l'homme ne soit perdu d'alcoolisme, avant que l'entassement de onze personnes dans deux pièces n'ait engendré une situation où la folie furieuse est presque inévitable » (Stanislas FONTAINE).

Les facteurs principaux d'une véritable Prévention des sévices envers les enfants, nous paraissent être les suivants :

- prise de conscience communautaire,
- effort éducatif majeur,
- amélioration des conditions de vie,
- surveillance sanitaire efficace de l'enfant,
- rénovation et extension des Services Sociaux.

## I. — PRISE DE CONSCIENCE COMMUNAUTAIRE

C'est là, à notre avis, la condition primordiale. Sans elle, les autres ne peuvent être efficaces.

Il faudrait que la Société se sente concernée par le problème des enfants maltraités, et par là même, par celui de l'Enfance malheureuse en général... autrement que sentimentalement. Mais nous avons l'impression que, pour l'instant, il n'en est rien. Au contraire, elle trouve dans le scandale un aliment à ses passions.

Au cours de ce travail, nous avons découvert et apprécié à leur juste valeur la générosité, le dévouement et la tenacité de nombreuses personnes qui, individuellement ou au sein d'organismes ou associations, œuvrent pour la Protection de l'enfant malheureux. Mais nous avons aussi constaté que toute cette action était isolée, mal coordonnée, insuffisante en personnel et en moyens financiers, sujette aux querelles administratives quand ce n'est pas à l'indifférence. Hormis les personnes directement engagées à parer au plus urgent et ne se décourageant pas, malgré l'imperfection « inévitable » de leur tâche, nous avons eu l'impression que l'Enfance malheureuse n'intéresse pas : « C'est comme le mauvais temps : ça se subit, ça ne passionne pas » (S. FONTAINE). Il semble exister un énorme fossé entre l'importance capitale du problème et l'opinion

publique, même si l'homme de la rue s'émeut de temps à autre à la lecture de la presse.

Les enfants victimes aujourd'hui seront des adultes demain; l'avenir *de toute la communauté* dépend de ce que l'on aura fait pour eux. Tout devrait donc être mis en œuvre pour que tous et chacun en prennent conscience. Chaque enfant battu, mal aimé ou maltraité, va devenir un être qui aura survécu physiquement mais diminué, affaibli, et moralement perturbé, agressif, plein de rancœur et de besoin de vengeance. C'est lui qui, demain, sera un délinquant et, à son tour, un bourreau d'enfants ou un criminel. Si le nombre de ces jeunes victimes augmente avec la complexité et les difficultés de l'évolution de notre civilisation occidentale, il faut craindre que beaucoup ne puissent plus s'intégrer dans la société et provoquent une sorte d'effritement de celle-ci. Le nombre des incapables, des rejetés, des asociaux ne peut augmenter sans risque majeur pour la survie même de la Société.

La prise de conscience par la nation du rôle vital que représentent, pour elle, des enfants heureux pourrait se concrétiser au niveau des organismes officiels.

En juin 1936 fut créé un secrétariat d'Etat à la Protection de l'Enfance. Il eut des fortunes diverses et il n'existe plus aujourd'hui qu'un secrétariat d'Etat à la Jeunesse et aux Sports. L'activité principale de celui-ci semble surtout orientée vers les questions sportives et culturelles.

La Protection de l'Enfance relève d'une sous-direction du ministère des Affaires sociales. Ce service est-il étoffé, dispose-t-il des moyens financiers et de l'autorité nécessaires? La direction de l'Education surveillée au ministère de la Justice devant l'importance du mal a, elle aussi, lancé ses associations d'action éducative qui, d'une certaine manière, double la mission du ministère des Affaires sociales et... du secteur privé qui lui, est maintenant coordonné par les Centres Régionaux de Sauvegarde de l'Enfance et Adolescence.

Cette prise de conscience collective du drame de l'Enfance malheureuse et de l'importance de l'Enfance en général, appuyée par les pouvoirs publics, doit être, à notre avis, le point de départ et l'assise nécessaire de toute action.

## II. — EFFORT EDUCATIF MAJEUR

Il est paradoxal que le plus beau des « métiers », celui de parents, soit le seul à ce jour pour lequel il n'existe aucune forma-

tion ou peu s'en faut. Nous ne méconnaissions pas le rôle de l'Ecole des Parents, des Associations familiales ou des Centres de Guidance infantile. Mais, en pratique, trop peu de parents, surtout des milieux défavorisés, sont touchés par leur action.

Certes, et de tous temps, la plupart des parents ont élevé leurs enfants avec amour, conscience et compétence. Mais il se passe, sous nos yeux, un phénomène nouveau : une évolution considérable dans l'Education. Jusqu'à présent, dans une société sans complexité, les nécessités éducatives et les besoins de l'enfant étaient tels que l'affection et la bonne volonté de parents sensés suffisaient à le mener correctement jusqu'à l'adolescence.

Dans le monde actuel, cette Education de base, qui n'est, hélas, pas toujours réalisée, n'est plus suffisante. Les besoins de l'enfant sont devenus tellement multiples que les parents les plus avisés réclament, d'eux-mêmes, aide, conseils et formation pour mener à bien leur tâche.

A titre d'exemple, la Commission de la Jeunesse de l'Etat de New York (The New York State Youth Commission) a établi, pour définir les Droits de l'Enfant, le projet de Loi suivant :

« The Children's Bill of Rights ».

Pour chaque enfant, sans considération de race, de couleur ou de croyance, il est reconnu :

- 1) Le droit à l'affection et une orientation intelligente de parents compréhensifs.
- 2) Le droit d'être élevé dans une maison décente avec une nourriture, un habillement et une protection adéquats.
- 3) Le droit de bénéficier d'une éducation et d'une pratique religieuse.
- 4) Le droit de bénéficier d'un programme scolaire qui, en plus d'une éducation académique correcte, doit offrir le maximum de possibilités pour un développement individuel et une préparation à la vie.
- 5) Le droit de recevoir une discipline constructive pour le développement adéquat d'un bon caractère, d'une bonne conduite et de bonnes habitudes.
- 6) Le droit d'être en sécurité dans sa communauté, contre toute influence contraire à un développement sain et correct.
- 7) Le droit au libre choix de loisirs sains et libres.

8) Le droit de vivre dans une communauté dans laquelle les adultes considèrent le bien-être de leurs enfants comme primordial.

9) Le droit de recevoir des adultes un bon exemple.

10) Le droit d'exercer un métier en accord avec ses possibilités, sa pratique, son expérience, et d'avoir une protection contre les hasards physiques et moraux de l'embauche affectant de façon mauvaise un bon développement.

11) Le droit au diagnostic précoce et au traitement des maladies physiques, mentales, des injustices sociales aux frais du Trésor Public, chaque fois que cela est nécessaire.

Sous une forme différente, ces droits sont identiques à ceux définis dans la Déclaration des Droits de l'Enfant adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies le 20 novembre 1959.

Cette liste de droits est certes impressionnante, mais elle traduit :

— les besoins de l'enfant devenus immenses et de plus en plus difficiles à satisfaire pleinement, à cause de l'évolution rapide des institutions, des mœurs et des techniques;

— la nécessité absolue d'une éducation et d'une formation des parents.

Dans la pratique, une éducation élémentaire fournie à tous, nous semble un minimum.

A titre d'illustration, voici quelques possibilités qui nous paraissent réalisables :

— *dans l'adolescence* : l'enseignement obligatoire étant prolongé de deux années, l'on pourrait en profiter pour inculquer des notions élémentaires d'anatomie, de physiologie, d'éducation sanitaire de base, d'hygiène. On pourrait, de plus, enseigner aux filles des notions de puériculture et d'économie ménagère, aux garçons des notions d'organisation sociale;

— *au moment du mariage* : en plus des formalités administratives et médicales (certificat prénuptial), il ne paraît pas utopique de pouvoir fournir des informations d'éthique et de morale conjugale : équilibre du foyer, régulation des naissances, hygiène, besoins de l'enfant...;

— *au moment de la grossesse* : le législateur a facilement imposé à la future mère quatre visites prénatales obligatoires. Celles-ci pourraient être utilement associées à une éducation orientée vers le rôle, la responsabilité et les devoirs d'une maman;

— à l'accouchement : il est navrant de constater que, pendant les quelques jours de séjour en maternité, qui suivent la naissance, sage-femmes, nurses, médecins s'occupent de l'enfant comme s'il était leur, pour le remettre, à la sortie, dans les bras de la mère, souvent si peu préparée à son rôle. Et pourtant, aucune période ne serait plus propice pour une action éducative pratique dont le besoin n'est plus à démontrer.

Cette éducation élémentaire nécessaire pour tous doit se compléter par une formation valable et spécialisée de toutes les personnes s'occupant de l'Enfance.

Les aspects en sont multiples et les individus à former nombreux. Nous pensons, en particulier, que la formation de l'étudiant en médecine et du médecin, concernant le problème de l'Enfance malheureuse, et la pédiatrie sociale en général, s'impose avec plus d'urgence, de nos jours. Cet enseignement devrait être introduit dans les études, au même titre que des sciences fondamentales ou cliniques. Il faut que le futur médecin sache que l'enfant qui lui sera confié n'est pas un être isolé, mais au contraire dépendant totalement de son environnement.

Ces quelques suggestions mériteraient plus amples développements. Pour se traduire dans la réalité, elles exigeront personnel et moyens d'action. L'éducation sanitaire est au début de son action. Elle devrait pénétrer la presse, la radio et tous les moyens de diffusion moderne. Sans viser à un résultat parfait d'emblée, cette éducation nous paraît susceptible d'amener, à long terme, une amélioration dans l'éducation du nourrisson et de l'enfant au sein de sa famille.

### III. — AMELIORATION DES CONDITIONS DE VIE

Les efforts éducatifs réaliseront une promotion intellectuelle et morale des parents, mais celle-ci ne peut se concevoir que dans des conditions de vie décente.

Nous touchons là aux facteurs qui influent intimement sur le bonheur ou le malheur de l'enfant, mais qui le dépassent aussi de beaucoup. Les deux principaux sont le logement et l'alcoolisme qui peuvent être indépendants mais sont le plus souvent liés. Nous avons suffisamment insisté sur leur rôle important, sinon déterminant, dans le déclenchement des sévices.

● Le logement est un problème national avec des incidences politiques et économiques, mais il est aussi un problème familial. Sous cet angle, il concerne les parents, surtout le père, mais le foyer ne sera agréable que si la mère a reçu une éducation ménagère.

La lutte contre le taudis passe donc par la construction de nouveaux logements, mais il est aussi nécessaire que le chef de famille sache s'occuper des formalités administratives requises pour l'obtenir, qu'il ait un minimum de formation pour l'entretenir et des notions d'équilibre budgétaire pour payer son loyer. Pour sa part, la mère de famille devra savoir tenir son foyer propre et s'occuper de la gestion ménagère.

● La lutte contre l'alcoolisme : nous osons à peine l'aborder ici, tellement elle est cruciale. L'alcoolisme rural, ouvrier, mondain, infantile en certaines régions, est le problème majeur de santé mentale de la nation. Les statistiques concernant les enfants battus montrent, nous l'avons vu, qu'ils sont dans 80 % des cas, victimes d'une brute alcoolique. Mais en plus des coups reçus, l'enfant pourra être encore plus cruellement atteint par les privations et la misère engendrées par l'alcool. Les ressources du foyer, les allocations familiales destinées à son entretien seront transformées en boissons. Fréquemment, la présence de nombreux frères et sœurs est un facteur supplémentaire, qui accentuera et précipitera l'avisement, voire la destruction de la famille. Dans des cas heureux, le père de famille a pu entreprendre une cure de désintoxication. Mais le traitement exige, par la suite, un effort éducatif de soutien, de compréhension et de réinsertion dans la vie. Cet homme, en effet, est en état de guérison instable; il a besoin de quelqu'un qui le guide et l'appuie. Pour montrer l'étendue du problème, nous pouvons comparer les efforts méritoires, mais si peu aidés, des Liges de « Croix Bleue » ou « Vie Libre » et la publicité tentaculaire, tendancieuse et envahissante des marques de vins ou d'apéritifs. Rapportons aussi une phrase qui nous a été dite par une personne d'un service social : « Si l'alcoolisme n'existait pas, nous n'aurions pas de raisons d'exister. »

Ainsi donc tout doit être mis en œuvre pour que la lutte anti-alcoolique passe du domaine de l'utopie à la réalité. Pour cela, il ne faut pas s'illusionner : cette lutte se heurte à des coalitions d'intérêts énormes et devra opérer une véritable révolution pour être efficace. Du simple point de vue économique, l'alcool semble apparemment profiter à l'Etat, puisque celui-ci en retire 62 mil-

liards de recettes directes. Mais en fait, les dépenses indirectes provoquées par l'alcoolisme : dépenses hospitalières, Assistance, Sécurité Sociale, Justice, peuvent se chiffrer à 215 milliards (chiffres de 1955). Que d'argent gaspillé ! Quelle faiblesse et quelle impuissance des pouvoirs publics et de la Nation tout entière face à ce problème ! La lutte anti-alcoolique est essentiellement affaire de volonté. L'intérêt général doit prévaloir sur les intérêts particuliers et le courage civique sur la démagogie.

#### IV. SURVEILLANCE SANITAIRE EFFICACE DE L'ENFANT

Le Code de la Santé, dans son Livre II, et les décrets réformant la Protection Maternelle et Infantile, prévoient une surveillance médico-sociale efficace de l'enfant.

Les mesures législatives sont les suivantes :

— L'obligation de la communication par les officiers d'Etat civil, dans les 48 heures de la déclaration des naissances, au Directeur départemental de l'Action Sanitaire et Sociale de la résidence des parents, d'un extrait d'acte de naissance.

Celui-ci transmis par l'assistante sociale chef des services de Protection Maternelle et Infantile à l'assistance sociale de secteur doit permettre une surveillance à domicile précoce et notamment avant la première présentation à la consultation de nourrissons.

— L'intervention de puéricultrices diplômées d'Etat dans la surveillance à domicile des enfants.

— L'obligation d'un certain nombre d'examens médicaux préventifs au cours du premier et du second âge. Leur périodicité, fixée par arrêté du 22 février 1965 est ainsi établie :

- mensuelle au cours de la première année;
- tous les deux mois au cours de la seconde année;
- semestrielle pendant les 4 années suivantes.

Ces examens sont effectués soit par un médecin choisi par les parents ou les personnes ayant la garde de l'enfant, soit dans un centre de P.M.I., à la consultation des nourrissons.

En outre, le décret du 3 septembre 1964 stipule que la surveillance exercée à domicile par les assistantes sociales ou par les puéricultrices, doit porter plus particulièrement sur :

— les enfants placés en nourrice ou en garde hors du domicile paternel,

— les enfants dont les parents reçoivent une aide de l'Etat, des collectivités, de la Sécurité Sociale,

— les enfants dont les parents ont été condamnés pour mendicité, ivresse ou délit correctionnel.

Malheureusement, les textes législatifs sont mal ou pas du tout appliqués. Une véritable prévention passe donc par l'application stricte de la loi.

Celle-ci demande de la part des parents une discipline librement consentie et une prise de conscience que la surveillance proposée n'est pas une mesure vexatoire à leur égard, mais une aide sanitaire indispensable au bien-être de leur enfant.

Elle suppose aussi, de la part des pouvoirs publics, l'application effective des dispositions législatives, et donc la mise en place d'organismes d'exécution conséquents : bien organisés, bien fournis en personnel et bien coordonnés.

La surveillance réelle et globale de tous les enfants de 0 à 6 ans permettrait, à elle seule, dans une large proportion, la détection et la prévention des mauvais traitements.

## V. — RENOVATION ET EXTENSION DES SERVICES SOCIAUX EXISTANTS

Nous avons déjà parlé, à de nombreuses reprises, du rôle proprement écrasant, dévolu actuellement aux Assistantes sociales, compte tenu de leurs conditions de travail et de leur insuffisance numérique. Nous pensons que l'application de toutes les mesures que nous venons d'envisager nécessite une réforme et une extension des services sociaux existants. Actuellement, tout repose sur l'assistante sociale isolée et débordée. Il faut donc envisager la création de véritables équipes sociales.

Ces équipes sociales pourraient comprendre :

- des assistants sociaux :

Ces hommes auraient plus d'efficacité dans l'action auprès des chefs de famille qui ne sont pas toujours influencés suffisamment par une femme, fut-elle une assistante sociale ;

- des assistantes sociales :

Elles pourraient se consacrer à leur tâche en se déchargeant sur les autres membres de l'équipe des questions ne les concernant pas ;

● des conseillères ménagères :

Elles existent déjà, mais en nombre infime par rapport aux tâches à réaliser. Elles seraient chargées de l'éducation de la mère de famille et de l'aide à lui apporter dans toutes les questions concernant la gestion du foyer ;

● des éducateurs ou éducatrices sanitaires :

Ces personnes s'occuperaient plus spécialement du domaine de l'hygiène lorsqu'une action dans ce sens apparaîtrait nécessaire ;

● des puéricultrices :

Elles seraient les conseillères de la mère dans l'éducation du nourrisson. Elles s'occuperaient de diététique et de tout ce qui concerne l'élevage du tout-petit ;

● des aides familiales :

Déjà en place actuellement, elles sont isolées et fort peu nombreuses. Intégrées dans l'équipe, elles épauleraient la mère de famille dans toutes ses multiples tâches au foyer : actuellement 1.500 pour tout le territoire, on estime leur besoin à plus de 10.000.

A cette équipe devraient pouvoir participer efficacement quand le besoin s'en ferait sentir :

— les médecins : leur rôle de thérapeute exclusif qui est le leur actuellement, doit être élargi à la Médecine Préventive et à l'Education Sanitaire ;

— les psychologues : ils interviendraient pour éclairer de leurs conseils les membres de l'équipe au travail auprès de la famille ;

— les conseillers conjugaux, lorsque des problèmes intéresseraient l'équilibre des époux ou une régulation des naissances.

Cette équipe, plus ou moins nombreuse selon les besoins, serait à la disposition des parents dont le rôle irremplaçable en serait encore valorisé. Mais il n'est pas question, dans notre esprit, de tendre à se substituer à eux, comme cela se pratique dans les structures socialisées de certains pays modernes.

Les membres de l'équipe devront travailler dans un même esprit de pensée et d'action sans concurrence entre eux, vers un même but : former des parents capables et compétents. Cela suppose une parfaite coordination et un solide esprit d'équipe.

Ce personnel social devrait être en nombre suffisant pour accomplir sa tâche dans le calme et sans précipitation. Il devrait être bien formé, ce qui nécessiterait un cadre professionnel défini et une sécurité d'emploi. Il devrait être bien rémunéré, proportionnellement à la hauteur et à la noblesse des tâches accomplies.

Cela conduit à prôner la création de véritables carrières sociales, des moyens légaux d'action et des ressources financières suffisantes. L'action de ces équipes, orientée vers une amélioration de l'équilibre familial dans tous les domaines, permettrait un renforcement de la dignité, du bonheur de la famille, donc la sauvegarde immédiate de l'enfance malheureuse.

Ces équipes sociales permettraient un renforcement considérable des moyens d'exécution du Juge des Enfants ou du Directeur de l'Action Sanitaire et Sociale. La coordination pourrait être, par exemple, assurée par le Conseil Départemental de la Protection de l'Enfance actuellement inactif.

Nous ne pensons pas que ces propositions soient une vue de l'esprit. Du moment que l'enfance et la jeunesse passent au premier rang des préoccupations de la nation et qu'elles suscitent l'intérêt qui devrait leur être dû, il faut tirer les conclusions et aller jusqu'au fond des problèmes pour leur apporter une solution valable. Du point de vue financier, les dépenses directes pour le fonctionnement de ces services seraient contrebalancées par l'amélioration des conditions de la vie de la famille. Actuellement, en effet, les familles déficientes et les enfants malheureux constituent une charge importante pour la Société. On oublie trop qu'un enfant délinquant coûte entre 35 et 40 fr. par jour, prix de revient supérieur probablement au coût d'un élève de l'école Polytechnique. Les dépenses sont réparties entre divers budgets : Action Sanitaire et Sociale, Conseil général, Justice, Education Nationale, Intérieur, etc., ce qui les rend moins apparentes, mais ne les minimisent pas. L'argent employé pour les placements des enfants, les Allocations de chômage, les prestations de Sécurité Sociale, les primes d'aide diverses pourraient être réutilisés avec bénéfice pour une action Préventive réellement efficace.

Toutes ces suggestions, pour la Prévention, semblent dépasser de loin le cadre de notre étude. Mais nous avons suffisamment souligné combien la protection de l'enfant victime de sévices est conditionnée par de multiples facteurs. S'il est frappé directement par ses parents bourreaux, il l'est indirectement par la Société tout entière qui se trouve partiellement complice et même responsable.

Comme la famille est, et doit demeurer, la cellule de base de la Société, seule une action unanime de tous, en sa faveur, pourra amener progressivement une diminution, voire une disparition des cas de sévices envers les enfants.

## CONCLUSIONS

---

Dans les civilisations anciennes, il est déjà fait mention de sévices envers les enfants. Le regain d'intérêt actuel reste basé sur la découverte quotidienne d'enfants martyrs dans notre pays. La détection et la protection de ces malheureux ont fait l'objet de progrès récents :

— du point de vue médical : les médecins américains ont, depuis 1945, attiré l'attention sur la véritable maladie constituée par les sévices et insisté sur les fractures et les hématomes sous-duraux;

— du point de vue social : de nombreuses études ont démontré l'importance du contexte psychologique et social de l'enfant victime et des parents bourreaux;

— du point de vue juridique : la réforme de 1958 a donné aux Juges des Enfants des pouvoirs souples et étendus.

Les symptômes présentés par les enfants victimes de sévices sont multiples et variés. L'aspect de l'enfant peut être évocateur : craintif et apeuré, ou indifférent. La peau est le siège de nombreuses marques de coups; elles peuvent être fraîches ou anciennes, suintantes ou infectées. Les fractures sont souvent présentes : uniques ou multiples, récentes ou négligées. Le cal hypertrophique de ces dernières donne une image radiologique caractéristique : apposition périostique entourant le corps de l'os : les épanchements sous-duraux du nourrisson sont d'individualisation récente et de diagnostic étiologique souvent méconnu. L'origine traumatique accidentelle ou volontaire doit toujours être recherchée avec persévérance. L'asso-

ciation d'un hématome sous-dural et de fractures des membres est, à notre avis, toujours en rapport avec des sévices.

Le retentissement des sévices sur l'état général de l'enfant est variable, surtout accentué si l'enfant est plus jeune.

Le contexte psychologique et social de l'enfant et de sa famille est indissociable des éléments cliniques. Il doit être connu du médecin qui saura demander tous les renseignements le concernant.

L'enfant peut être débile mental, avoir des troubles du comportement, être énurétique ou présenter des infirmités motrices ou sensorielles. Les parents ont souvent des antécédents perturbés, ils sont souvent dans des situations conjugales anormales. Ils peuvent être eux-mêmes débiles ou alcooliques. Enfin, les conditions de logement, de travail du père et de pauvreté de la famille jouent également un rôle.

La révélation des sévices peut être faite par la famille, les voisins, les comités de vigilance, les médecins traitants ou hospitaliers.

La protection de l'enfant martyr repose depuis la réforme de 1958 sur une législation bien adaptée. Le Directeur départemental de l'Action Sanitaire et Sociale et plus encore le Juge des Enfants sont les personnages responsables. Le premier peut, dans les cas bénins, proposer des mesures d'Assistance Préventive, le second dispose de mesures d'Assistance Educative. Ces dernières permettent une action adaptée à chaque cas et modifiable selon les événements.

Les parents, dont la déchéance est de moins en moins prononcée, sont jugés par le Tribunal correctionnel ou la cour d'assises. La clémence à leur égard est hélas fréquente.

Nous critiquons, en terminant, la mauvaise détection des sévices en particulier par le corps médical, l'insuffisance des services sociaux et l'application déficiente de la loi. Nous proposons surtout des mesures qui permettraient une véritable *Prévention* de ce fléau social. Le point de départ de toute action doit être une prise de conscience par la Nation de l'importance du drame de l'enfance malheureuse. Un effort éducatif important, une amélioration des conditions de vie, une surveillance sanitaire efficace de l'enfant d'âge préscolaire, surtout une rénovation et une extension des services sociaux sont les conditions d'une amélioration véritable du sort des familles et d'un bien-être de l'enfant.

S'il doit y avoir encore et toujours des enfants victimes de sévices, tout doit être tenté pour que disparaissent les bourreaux conscients ou inconscients, pour qu'ils deviennent l'exception. Ainsi l'enfant martyr ne pèsera plus sur la conscience de la société tout entière.

## Bibliographie

---

1. ADELSON (L.). — Slaughter of the innocents : a study of forty-six homicides in which the victims were children. *New Engl. J. Med.*, 1961, **264**, 1345.
2. ADELSON (L.). — Homicide by starvation ; nutritional variant of the « Battered child ». *J. Amer. med. Assoc.*, 1963, **186**, 458-460.
3. ALLEN (A.), MORTON (A.). — *This is your child : The story of the National society for the prevention of cruelty children*. London, Routledge and K. Paul, 1961, 132 p.
4. Alcoolisme. *Rev. Prat.*, 1964, **14**, 355-463, suppl XXXVIII.
5. ALTMAN (D.H.), SMITH (R.L.). — Unrecognized trauma in infants and children. *J. Bone Joint. Surg.*, 1960, **42 A**, 407.
6. ANDRÉ (J.). — La protection sociale de l'enfant à travers la législation récente. *Actualités sociales* (annexe), 1959, **11**, 1-12.
7. ARNION (J.-M.). — La nouvelle législation sur la protection de l'enfance en danger. *Sauv. Enf.*, 1959, 487-491.
8. ARVAY (N.), PICARD (J.-D.), BORIES (J.). — A propos du diagnostic radiologique de l'hématome sous-dural chronique du nourrisson. *J. Radiol. Electrol.*, 1962, **43**, 336-340.
9. ASTLEY (R.). — Multiple metaphyseal fractures in small children (Metaphyseal fragility of bone). *Brit. J. Radiol.*, 1953, **26**, 577-583.
10. AUBRY (Jenny). — De quelques moyens pratiques d'éviter les séparations et la carence de soins maternels. *Sauv. Enf.*, 1955, **10**, 406-410.
11. AUBRY (Jenny). — *La carence des soins maternels*. Paris, P.U.F., 1955, 188 p. C.I.E., Travaux et documents VII).
12. BADONNEL (Mlle). — Défaut de soins et mauvais traitements à enfants. *Revue pénitentiaire et de droit pénal*, 1962, janvier-mars, 39-42.
13. BAIN (K.). — The physically abused child. *Pediatrics*, 1963, **31**, 895-897.
14. BAKWIN (H.). — Roentgenologic changes in the bones following trauma in infants. *J. Newark Beth. Israel Hosp.*, 1952, **3**, 17.
15. BAKWIN (H.). — Multiple skeletal lesions in young children due to trauma. *J. Pediat.*, 1956, **49**, 7-15.

16. BAKWIN (H.). — *Report of the meeting of the American humane society.* Newsletter, 1962, **13**, 5. American Academy of Pediatrics.
17. BAKWIN (H.). — Homicidal deaths in infants and children. *J. Pediat.*, 1960, **57**, 568-570.
18. BARMMEYER (G.H.), ANDERSON (L.R.), COX (W.B.). — Traumatic periostitis in young children. *J. Pediat.*, 1951, **38**, 184-190.
19. BARTA (R.A. Jr), SMITH (N.J.). — Wilful trauma to young children ; a challenge to the physician. *Clin. Pediat.*, 1963, **2**, 545-554.
20. BAUMGARTNER (L.). — Medical case of children in public programs. *Amer. J. Publi. Health*, 1961, **351**, 1491-1499.
21. BENEDICT (J.S.). — Stress fractures of the tibia. *J. intern. Coll. Surg.*, 1959, **32**, 174-184.
22. BERTOLUS, BASSELIER, VALENTINI, LARBAUD. — Affaires de déchéance de puissance paternelle. *Sauv. Enf.*, 1959, **9**, 10, 568-574.
23. BERTRAND (C.M.). — Les enfants victimes de l'alcool. *Rev. Alcool.*, 1966, **12**, 21-28.
24. BESNIER (J.-M.-A.). — Etude médico-légale sur les sévices de l'enfance. Rennes, 1902, 49 p. (*Thèse Méd.*, Paris, 1901-1902).
25. BOARDMAN (H.E.). — A project to rescue children from inflicted injuries. *Soc. Work*, 1962, **7**, 43.
26. BOCQUET (L.). — L'hématome sous-dural du nourrisson. *Méd. Inf.*, 1957, **64**, 37-40.
27. BONNEFOY (A.). — La répression des crimes et délits commis contre les enfants. *Revue de science criminelle et de droit pénal comparé*, 1951, 601-618.
28. BOWLBY (J.). — *Soins maternels et santé mentale*. Paris, Masson, 1952 (O.M.S., Monographie n° 2).
29. BROC-OLIVIER (D.-M.-P.). — Hématomes sous-duraux du nourrisson. (*Thèse Méd.*, Paris, 1955), 81 p. dactyl.
30. BROWN (S.C.), CHANDLER (O.). — Protection des enfants et des adolescents. Formation du personnel au Royaume-Uni. *Rev. int., Enf.*, 1963, **27**, 6-16.
31. CAFFEY (J.). — Infantile cortical hyperostosis. *J. Pediat.*, 1946, **29**, 541.
32. CAFFEY (J.). — Multiple fractures in long bones of infants suffering from chronic subdural hematome. *Amer. J. Roentgenol.*, 1946, **56**, 163-188.
33. CAFFEY (J.). — *Pediatric X-Ray Diagnosis*. Chicago, Year book publ., 1956, 1059 p.
34. CAFFEY (J.). — Significance of the history in the diagnosis of traumatic injury to children. *Pediatrics*, 1965, **67**, 1008-1014.
35. CALDERA (R.). — L'hématome sous-dural chronique du nourrisson. *Rev. Neuro-psychiat. infant.*, 1955, **3**, 59-79.
36. CANET (L.). — Les fractures pathologiques chez l'enfant (fragilités osseuses constitutionnelles exceptées). *Rev. Rhum.*, 1955, **5**, 436.
37. CASTETS (B.), LEFORT (R.), REYNS (M.). — Notre critique sur la notion d'arriération mentale et quelques notions connexes. *Evol. psychiat.*, 1962, **27**, 379-391.
38. CHAMBERS (W.). — Subdural hematome in infants. *Sth. med. J. (Bgham. Ala.)*, 1956, **49**, 379-391.

39. CHAZAL (J.). — *Les droits de l'enfant*. Paris, P.U.F., 1962, 119 p. (Collection « Que sais-je ? », n° 852).
40. CHAVIGNY (M.). — Sévices sur les enfants : privation de nourriture. *Ann. Med. légale*, 1928, 8, 27-29.
41. CHESSEY (E.). — *Cruelty to children*. New York, Philosophical libr., 1952.
42. COCHRANE (W. A.). — The battered child syndrome. *Canad. J. Publ. Health*, 1965, 56, 193-196.
43. COHEN (M.I.), RAPHLING (D.L.), GREEN (P.E.). — Psychological aspects of the maltreatment syndrome of childhood. *J. Pediatr.*, 1966, 69, 279-283.
44. COTXET DE ANDREIS (J.). — Les enfants de foyers indignes ou déficients. *Sauv. Enf.*, 1957, 993-998.
45. DANAN (A.). — L'enfant martyr est-il un mythe ? *Tribune de l'enfance*, 1964, 11, 8-26.
46. DANAN (A.). — *Les comités de vigilance et l'enfant martyr*. Paris, Fédération Nationale des Comités de vigilance et d'Action pour la protection de l'enfance malheureuse, 1964, 32 p.
47. DAZAT (M.). — La coopération du Juge des enfants et du Directeur de la Population et de l'Action Sociale dans le domaine de la Protection de l'enfance en danger. *Revue Pénitentiaire et du Droit pénal*, 1962, 86, 94-107.
48. DEGOS (R.), GUILAINE (J.). — Les nécroses traumatiques de la cloison nasale chez le jeune enfant. *Bull. Soc. fr. Dermat.*, 1963, 70, 393.
49. DELCASSE (A.-A.). — Etude médico-légale sur les sévices de l'enfance. Paris, 1885, 142 p. (*Thèse Méd.*, Paris, 1884-1885).
50. DIJON (H.). — Le Juge des Enfants et la protection de l'enfance. *Sem. méd.*, 1966, 15-16.
51. DUENSING (F.). — *Verteltzung der Sorgepflicht*, München. (*Thèse Méd.*, Zurich, 1903.)
52. DUNCAN (G.M.), FRAZIER (S.H.), LITIN (E.M.), JOHNSON (A.M.), BARON (A.J.) — Etiological factors in first-degree murder. *J. Amer. med. Assoc.*, 1958, 168, 1755.
53. DURTAL (J.). — Les parents indignes et la criminalité. *Etudes Internationales de psycho-sociologie criminelle*, 1961, 6, 45-49.
54. DUVAL (P.). — Des sévices et mauvais traitements infligés aux enfants. Lyon, A. Storck imp., 1892, 78 p. (*Thèse*, Lyon, 1892-93).
55. ELMER (E.). — Abused young children seen in hospital. *Soc. Work*, 1960, 5, 98-102.
56. ELMER (E.). — Identification of abused children. *Children's*, sept.-oct. 1963, 180-184.
57. ELMER (E.). — Hazards in determining abuse. *Child. Welfare*, 1966 (janvier), 28-33.
58. Entorse au secret médical dans l'intérêt des enfants martyrs. *Presse méd.*, 1965, 3, 2406.
59. Enfants martyrs : le médecin délié du secret professionnel ? *Est Républicain*. Nancy, 3 avril 1966.
60. FAIRBURN (A. C.), HUNT (A. C.). — Caffey's « Third syndrome » — A critical evaluation (the battered baby). *Medicine, science and law*, 1964, 4, 123.
61. FANDRE (M.), COFFIN (R.), PENNA-FORTE (F.). — Un cas d'association d'hématome sous-dural et de fractures spontanées multiples chez un nourrisson. *Pédiatrie*, 1965, 20, 75-77.

62. FAURE (J.-L.), BUTTEZ (M.). — Insuffisances mentales en rapport avec des déficiences du milieu de vie au cours des premières années. *Sauv. Enf.*, 1953, **9**, **10**, 802-811.
63. FISHER (S.H.). — Skeletal manifestations of parent-induced trauma in infants and children. *Southern med. J.*, 1958, **51**, 956.
64. FLATO (C.). — Parents who beat children. *Saturday Evening Post.*, 1962, n° 235, 30.
65. FONTAINE (S.). — Le dossier brûlant des enfants martyrs. *Elle*, n° 1036, 28 oct. 65, 88-91.
66. FONTANA (J.V.). — *The Maltreated child. The maltreatment syndrome in children.* Springfield, C. C. Thomas, 1964, 67 p.
67. FONTANA (J.V.). — The neglect and abuse of children. *N.Y. St. J. Med.* 1964, **64**, 215-224.
68. FONTANA (V.J.), DONOVAN (D.), WANG (R.J.). — The maltreatment syndrome in children. *New Engl. J. Med.*, 1963, **26**, 1389-1394.
69. FOURNIE (A.-M.). — *La protection judiciaire de l'enfance en danger.* Paris, Ed. juridiques et techniques, 1961, 110 p.
70. FRAUENBERGER (G.S.), ILS (E.F.). — Multiple fractures associated with subdural hematoma in infancy. *Pediatrics*, 1950, **6**, 890-892.
71. FREUNDLICH (E.), BELLER (A.J.), BERMAN (S.). — Subdural hematoma in infancy. *Amer. J. Dis. Child.*, 1956, **91**, 608-613.
72. FRIEDMAN (M.). — Traumatic periostosis in infants and children. *J. Amer. med. Assoc.*, 1958, **166**, 1840-1843.
73. GAIN (Mlle). — Le rôle du service social en matière de déchéance et de correction paternelles. *Sauv. Enf.*, 1949, **33**, 18-23.
74. GALDSTON (R.). — Observations in children who have been physically abused and their parents. *Amer. J. Psychiat.*, 1965, **122**, 440-443.
75. GARNIER. — Les caractères généraux de la législation sur la protection de l'enfance malheureuse. *Union Sociale*, janv. 1961, 9-13.
76. GARRAUD (R.). — *Traité théorique et pratique de droit pénal français.* Paris, Larose et L. Tenin, 1913-1935, 6 vol.
77. GAUDIN DE LA GRANGE (E. de). — L'enfant protégé par l'autorité publique sans rupture du lien familial. *Sauv. Enf.*, 1959, 511-516.
78. GÉRARD-LEFEBVRE. — Fractures spontanées multiples avec hypocalcémie chronique. *Pédiatrie*, 1961, **4**, 401.
79. GILLOT (F.), BERNARD (S.). — Les répercussions sur la croissance des facteurs nutritionnels et des troubles métaboliques. In: *Congrès de l'Association des Pédiatres de Langue française*, XX<sup>e</sup>, Nancy, 1965. Paris, Expansion, 1965, 370 p.
80. GIRAUD (F.), BERNARD (R.), JANSOT (M.), VINCENT (F.). — Hématome sous-dural et rachitisme. *Arch. franç. Pédiat.*, 1950, **7**, 542.
81. GRALL (R.). — L'hématome sous-dural chronique du nourrisson. Considérations étiologiques et pronostiques à propos de 55 cas. 88. p. dact. (*Thèse Méd.*, Nancy, 1965).
82. GRIFFITHS (D.L.), MOYNIHAN (F.J.). — Multiple epiphyseal injuries in babies (« Battered baby » syndrome). *Brit. med. J.*, 1963, **4**, 1558-1561.
83. GROSJEAN (F.). — Fractures spontanées multiples chez les rachitiques. Nancy, 59 p. (*Thèse Méd.*, Nancy, 1925-1926).

84. GWINN (J.L.), BARNEW (G.R.). — Radiological case of the morth. *Amer. J. Dis. Child.*, 1965, **109**, 457-458.
85. GWINN (J.L.), LEWIN (K.W.), PETERSON (H.G. Jr). — Roentgenographic manifestations of unsuspected trauma in infancy. *J. Amer. med. Assoc.*, 1961, **176**, 926-929.
86. Hadassah University hospital, Jerusalem, Israel. Clinical rounds: A « pseudo » battered child. *Clin. Pediat.*, 1966, **5**, 230-237.
87. HARPER (F.V.). — The physician, the battered child and the law. *Pediatrics*, 1963, **31**, 899-902.
88. HERZBERGER (E.), ROTEM (Y.), BRAHAM (J.). — Remarks on thirty three cases of subdural effusions in infancy. *Arch. Dis. Childh.*, 1956, **31**, 44-50.
89. HOEL (H.W.). — The battered child. *Minnesota Med.*, 1963, **46**, 1001.
90. HOLUB (K.J.). — Subdurale hematome in Säuglingsalter. *Chir. Prav.*, 1957, **3**, 375-378.
91. HOULLEMARE (L.), LALLEMENT (M.-T.). — A propos des sévices chez l'enfant. *Méd. Infant.*, 1966, **5**, 451-453.
92. INGRHAM (F.D.), HEYL (L.H.). — Subdural hematoma in infancy and childhood. *J. Amer. med. Assoc.*, 1939, **3**, 198-204.
93. INGRAHAM (F.D.), MATSON (D.D.). — Subdural hematoma. In : *Neurosurgery infancy and childhood*, Springfield, C. C. Thomas, 1954, 186-250.
94. INGRAHAM (F.D.), MATSON (D.D.). — Subdural hematome in infancy. *Advanc. Pediat.*, 1949, **4**, 231-263.
95. ISSACSON (E.K.). — The emotionally battered child. *Pediatrics*. 1966, **38**, 523.
96. JONES (H.H.), DAVIS (J.H.). — Multiple traumatic lesions of the infant skeleton. *Stanford med. Bull.*, 1957, **15**, 259.
97. JOSEPH (R.), BRAULT (A.), JOB (J.-C.), RIBIERRE (M.). — Fractures multiples du nourrisson : traumatismes méconnus ou fragilité osseuse sans dysmorphie ? *Arch. franç. Pédiat.*, 1960, **17**, 849-865.
98. JOSSERAND (P.), GERMAIN (D.), DEVILLARD (A.), GIRARD. — Un nouveau cas d'hématome sous-dural associé à des fractures des membres. *Pédiatrie*, 1960, **15**, 647-660.
99. KAPLAN (M.). — Deaths of young studied by city. *New York Times*, May 5, 1962.
100. KASANIN (J.), KAUFMAN (M.R.). — Study of functional psychoses in childhood. *Amer. J. Psychiat.*, 1929, **9**, 307-384.
101. KEMPE (C.H.), SILVERMAN (F.N.), STEELE (B.F.), DROEVEVVELLER (W.), SILVER (H.K.). — The battered child syndrome. *J. Amer. med. Assoc.*, **181**, 17-24.
102. KEYSERLINCK (H.V.). — Kindermisshandlungen : ihre ursachen und Folgen. *Psych. Neur. Psychol. Mediz.*, 1951, 151-154.
103. KIFFNEY (G.T. Jr). — The eye of the « battered child ». *Arch. Ophtal.*, 1964, **72**, 231-233.
104. KINLEY (G.), RILEY (H.D.), BECK (C.S.). — Subdural haetoma, hygroma and hydroma in infants. *J. Pediat.*, 1951, **6**, 607-686.
105. KLEIN (M.R.). — L'hématome sous-dural du nourrisson. *Arch. franç. Pédiat.*, 1964, **21**, 425-440.

106. KLINOSWSKA (W.). — Subdural hematomas in children. *Pediat. pol.*, 1956, **31**, 423-430.
107. KRIEGER (I.), SARGENT (D. A.). — A postural sign in the sensory deprivation syndrome in infants. *J. Pediat.*, 1967, **70**, 332-339.
108. KIRGE (H. N.). — The abused child complex and its characteristic X-rays findings. *S. Afr. Med. J.*, 1966, **40**, 490-492.
109. KULGELMANN (J.). — Über symetrische Spontanfrakturen unbekannter genese bain Säugling. *Ann. Paediat.*, 1952, **3**, 177-181.
110. LAFON (R.). — *Vocabulaire de psychopédagogie et de psychiatrie de l'enfant*. Paris, P.U.F., 1963, 604 p.
111. LANCE (P.), MEUNIER. — Deux cas de destruction de la cloison nasale d'origine infectieuse associée à une ostéomyélite des membres. *Arch. franç. Pédiat.*, 1952, **9**, 284-286.
112. LANCELOT (F.). — Fracture multiple du nourrisson d'origine indéterminée. Traumatismes méconnus ou fragilité osseuse ? 73 p. dact. (*Thèse Méd., Paris*, 1964, n° 192).
113. LANTUEJOUL (P.). — L'hématome dural du nouveau-né. *Nourrisson*, 1957, **45**, 159-160.
114. LAPRAS (Cl.), GOUTELLE (A.), DUQUESNEL (J.), BRUNAT (M.), FISCHER (G.), DECHAUME (J.-P.). — A propos d'une statistique d'hématomes sous-duraux du nourrisson. *Journ. Méd. Lyon*, 1965, **1084**, 1535-1548.
115. LARGUIER (J.). — Rigueur pénale et protection de l'enfance : à propos de la loi du 13 avril 1954, relative à la répression des crimes et délits commis contre les enfants. *Recueil Dalloz, Jurisprudence générale*, 1955, *chronique*, 43-48.
116. LASKOWSKI (A.). — Hématomes sous-duraux et fractures spontanées du nourrisson. Paris, Ets Germain, 1959, 44 p. dact. (*Thèse Méd., Paris*, 1959).
117. LAUNAY (C.). — L'enfant et la dissociation familiale. *Sauv. Enf.*, 1957, 1012-1017.
118. LAUNAY (C.), DAVY (C.). — L'hospitalisme en pédiatrie. *Rev. Prat.*, 1965, **18**, 2405-2412.
119. LAZORTHES (G.), BARDIER (A.), MARTINEZ-COBO (J.). — Les épanchements sous-duraux du nourrisson. Discussion étiopathogénique à propos de 59 cas. *Presse méd.*, 1963, **71**, 1903-1905.
120. LEFEBVRE (J.), DEBRUN (G.), BASCOU (R.). — Fractures multiples du nourrisson d'origine indéterminée. *J. Radiol. Electrol.*, 1965, **46**, 425.
121. LE FORT (R.). — La protection de l'enfant contre l'abus de l'autorité paternelle en médecine. *Ann. Méd., lég.*, 1928, **8**, 30-31.
122. LEIKIN (S. L.), GUIN (G. H.). — Clinical pathological conference : the battered child syndrome. *Clin. Proc. Child. Hosp. (Wash.)*, 1963, **19**, 301-306.
123. LELONG (M.), ALISON (F.), ROUGERIE (J.), LE TAN WIMI CALDERA (R.). — L'hématome sous-dural chronique du nourrisson. Etude de 31 observations. *Arch. franç. Pédiat.*, 1955, **12**, 1037-1084.
124. LEPINTRE (J.), KLEIN (A.). — Hématomes sous-duraux du nourrisson. *Sem. Hôp. Paris*, 1949, **23**, 97-105.
125. LEVAL (G.). — *L'Enfance en Croix*. Paris, J. d'Halluin, 1963 (Collect. *Alter-nance*), 151 p.

126. LEVY (von A.), KINGLER (M.). — Zur traumatischen Genese der nichtakuten subduraln Hämatome. *Dtsch. med. Wschr.*, 1964, **89**, 423-426.
127. LIBESSART (H. de). — Essai sur les sévices envers les enfants. Lyon, A. Storck impr., 1892, 78 p. (*Thèse méd.*, Lyon, 1891-92).
128. LIS (E.F.), FRAUENBERGER (G.S.). — Multiple fractures associated with subdural hematoma in infancy. *Pediatrics*, 1950, **6**, 890-892.
129. LOX (F.). — Les perspectives de la protection de l'enfance en Belgique. *Trib. Enf.*, 1964, **2**, 27-35.
130. LOX (F.). — La loi du 8 avril 1965 sur la protection de l'enfance. *Enfant* (Bruxelles), 1965, 189-198.
131. LUTZ (P.). — La réforme de l'assistance éducative : Ordonnance du 23 décembre 1958. *Sauv. Enf.*, 1959, 478-486.
132. MC CORT (J.), VAUDAGNA (J.). — Visceral injuries in battered children. *Radiology*, 1964, **82**, 424-428.
133. MC HENRY (T.), GIRDANY (B.R.), ELMER (E.). — Unsuspected trauma with multiple skeletal injured during infancy and childhood. *Pediatrics*, 1963, **31**, 903-908.
134. Maltreatment of Children. The Physically Abused Child. *Pediatrics*, 1962, **37**, 377-382.
135. MAROTEAUX (P.), FESSARD (C.), ARON (J.-J.), LAMY (M.). — Les séquelles du Syndrome de Silverman (fractures multiples du nourrisson, syndrome dit « des enfants battus »). Etude de 16 observations. *Presse méd.*, 1967, **75**, 711-716.
136. MARIE (J.), APOTOLIDÈS (P.), SALET (V.), ELIACHAR (E.), LYON (G.). — Hématome sous-dural du nourrisson associé à des fractures des membres. *Sem. Hôp. Paris*, 1954, **30**, 1757, p. 31, 1763, p. 37.
137. MARQUEZY (R.-A.), BACH (Ch.), BLONDEAU (M.). — Hématome sous-dural et fractures multiples des os longs chez un nourrisson de 9 mois. *Arch. franç. Pédiat.*, 1952, **9**, 526-531.
138. MARTAGUET (P.). — Faut-il supprimer la déchéance de la puissance paternelle ? *Rééducation* (Paris), 1965, **19**.
139. MARTI (J.), KAUFMANN (H.J.). — Multiple traumatische Knochenläsionen beim Säugling. Ein Klinisches Bild « sui generis » als Folge schwersten Pflegeschadens, zugleich ein Beitrag, zur Differentialdiagnose der Periostitis im Säuglingsalter. *Dtsch. med. Wschr.*, 1959, **84**, 984-988.
140. MARTINEZ-COBO (J.). — Les épanchements duremeriens du nourrisson. Toulouse, Castellin, 1962, 113 p. (*Thèse méd.*, Toulouse, 1962).
141. MENDIAL HARZU (A.A.R.) et coll. — Colecciones subdurales en la primera infancia. *Rev. Hops. Ninos* (B.Aires), 1964, **6**, 107-120.
142. MENECHHELLO (J.), HASBUN (J.). — Hematoma subdural y fractura de los huesos largos. *Rev. Chil. Pediat.*, 1951, **22**, 80-83.
143. MERRIL (E.J.). — Physical abuse of children. An agency study protecting the battered child. Denver (Col.), *American human assoc., Children's div.*, 1962.
144. MILLER (D.S.). — Fractures among children. *Minnesota Med.*, 1959, **42**, 1209-1213.
145. MONIER (R.). — *Manuel élémentaire de droit romain*. Paris, Domat-Monchrestien, 1947-48, 2 vol.
146. More on the battered child. *J. Amer. med. Assoc.*, 1963, **269**, 1437.

147. MOTTE (D.). — L'enfance inadaptée. *Bull. Serv. soc. Sécur. soc.* Paris, 1965, **126**, **127**, 1-38.
148. MOYSON (F.), SEVENS-ROCMANS (C.). — Fractures méconnues et enfants maltraités. *Brux. méd.*, 1966, **38**, 857-871.
149. NEIMANN (N.), BEAU (A.), ANTOINE (M.), PIERSON (M.), MANCIAUX (M.), KERSAUSON (M.-C. de). — Les altérations des os longs au cours de l'hématome dural chronique du nourrisson. *J. Radiol. Electrol.*, 1958, **39**, 576-581.
150. NEIMANN (N.), LEPOIRE (J.), MANCIAUX (M.). — L'hématome sous-dural chronique du nourrisson. *Rev. méd.*, Nancy, 1957, **82**, 233-256, 337-359.
151. NEIMANN (N.), MANCIAUX (M.), SAPELIER (J.), MONTAUT (J.). — Considérations sur l'étiologie et le pronostic de l'hématome sous-dural chronique du nourrisson. *Méd. inf.*, 1965, **8**, 531-543.
152. NEIMANN (N.), MANCIAUX (M.), SAPELIER (J.), GRALL (R.). — L'hématome sous-dural chronique du nourrisson. Considérations étiologiques. *Pédiatrie*, 1966, **21**, 409-425.
153. NIEDERMAYER (K.). — Ursachen mütterlicher Kindesmisshandlungen. *Acta Paedopsychiat.*, 1962, **29**, 375-385.
154. O'DOHERTY (N.J.). — Subdural haematoma in battered babies. *Develop. Med. Child. Neurol.* 1964, **6**, 192-193.
155. ORMISTON (G.). — Subdural haematoma and effusions in infancy. *Brit. med. J.*, 1956, **2**, 126-128.
156. PALOMEQUE (F.E.), HAIRSTON (M.A. Jr.). — « Battered child » syndrome : unusual dermatological manifestation. *Arch. Derm.*, 1964, **90**, 326-327.
157. PARISOT (P.), CAUSSADE (L.). — Les sévices envers les enfants. *Ann. Méd. lég.*, 1929, **9**, 398-426.
158. PATTON (R.G.), GARDNER (L.I.). — *Growth failure in maternal deprivation*. Springfield, C. C. Thomas, 1963.
159. PAULY-CHRISTIAENS. — Parents inadaptés. — *Cah. Inform. Ec. Cadres*, 1963, **22**, 58.
160. PETIT (H.). — L'enfance misérable. Nancy, Berger-Levrault, 1936, 352 p. (*Thèse méd. Nancy*, 1935-36).
161. PIA (H.W.). — Die traumatischen Himblutungen des Kindersalters. *Acta Neurochir.*, 1964, **11**, 583-600.
162. POROT (M.). — *L'enfant et les relations familiales*. Paris, P.U.F., 1954.
163. Pour l'adoption des enfants martyrs (proposition de loi tendant à modifier la loi du 24 juillet 1889). *Cahiers de l'Enfance*, Paris, 1960, **8**, 53-54.
164. Preschool protection program for children in developing carenties (Editorial). *Pediatrics*, 1964, **4**, 586-588.
165. Prévention (la) sociale de l'enfance en danger. *Bull. d'inf. du ministère de la Santé publique et de la Population*, 1963, **2**, **3**, 1-162.
166. Prévention (la) sociale de l'enfance en danger. *U.N.C.A.F. Inform. Sociales*, 1965, **19**, 1-116.
167. Protection de l'enfance. *Centre de formation et de recherche d'éducation surveillée. Juridiction des mineurs. Documents pratiques*, 1965, 100-106.
168. Protection de l'enfance martyre : question orale avec débat (Madame Thomé-Patenôtre). *Journal Officiel. Débats parlementaires*, 1965, n° 41, 1838-1843.

169. Protective service for the children of New York City. A plan of action. *New York, Laurin Hyde Associates*, 1962.
170. PUZIN (M.). — *Guide pratique pour la sauvegarde de la jeunesse*. Paris, Fleurus, 1961.
171. RABE (E. F.), FLYNN (R. E.), DODGE (P. R.). — A study of subdural effusions in an infant with particular reference to the mechanism of their persistence. *Neurology*, 1962, **12**, 79-92.
172. RAUZY (A.), PICQUENARD (S.). — *La législation de l'aide sociale*. Nancy, Berger-Levrault, 1955, 672 p.
173. RAYNAUD (P.). — Rôle et pouvoirs du Juge des Enfants en matière civile. *Sauv. Enf.*, 1959, 494.
174. Recueil Sirey. — Loi du 19 avril 1898. *Recueil Sirey, Lois annotées*, 1896-1900, 577-585.
175. REINHART (J. B.), ELMER (E.). — The abused child ; Mandatory reporting legislation. *J. Amer. med. Assoc.*, 1964, **188**, 358-362.
176. Répertoire Dalloz. — Coups et blessures, privation d'aliments ou de soins, violences ou voies de fait infligés aux enfants de moins de 15 ans. Nouveau répertoire, Dalloz, 1962, 1082.
177. RICHARD (M.). — Hyperostose corticale infantile. Rôle possible du traumatisme. 62 p. dact. (*Thèse Nantes*, 1965).
178. ROAF (R.). — Trauma in childhood. *Brit. med. J.*, 1965, **1**, 1541-1543.
179. ROUGERIE (J.), CALDERA (R.). — L'hématome sous-dural du nourrisson. *Neurochir.*, 1956, **2**, 38-57.
180. Sauvegarde (la) de l'enfance. *Secrétariat Social de Meurthe-et-Moselle* : Courrier, 1966, n° 218, 1-20.
181. SCHACHTER (M.). — Les sévices envers les enfants : étude médico-légale et sociale. Nancy, Metz, R. Poncelet, 1930, 69 p. (*Thèse méd.*, Nancy, 1930-1931).
182. SCHACHTER (M.). — Les sévices moraux. *Hyg. ment.*, 1932, 223-227.
183. SCHACHTER (M.). — Vue d'ensemble sur le problème de l'infanticide. *Aggiorn. pediat.*, 1958, **9**, 295-302.
184. SCHACHTER (M.). — Contribution à l'étude clinique et psychologique des enfants victimes de mauvais traitements. *Aggiorn. pediat.*, 1960, **11**, 55-66.
185. SCHLEYER (F.). — Studien neber das Delikt der gervaltaetigen Kinder-misshandlung. *Monatschr. Kriminal und Strafrechtreform*, 1958, **3**, **4**, 65-76.
186. SCHLEYER (F.), PIOCH (W.). — Tod eines Kindes am Crush-Syndrom nach fortgesetztem Prügeln. *Mshr. Kinderheilk.*, 1957, **105**, 392-394.
187. SCHNEEGANS (E.), HAARSCHER (A.), ZIMMERMANN (G.). — Fractures spontanées multiples associées à des lésions cérébrales graves. *Arch. franç. Pediat.*, 1953, **6**, 758-760.
188. SCHRÖNER (C.). — Psychische Kindermishandeling. Gravenhage, M. Nijhoff, 1956, 340 p. (*Thèse méd.*, Leyde, 1956).
189. SCHROTEL (S. R.). — Responsibilities of physicians in suspected cases of brutality. *Cincinnati J. Med.*, 1961, **42**, 406-415.
190. SHAW (A.). — The surgeon and the battered child. *Surg. Gynec. Obstet.*, 1964, **119**, 355.

191. SHERWOOD (D.). — Chronic subdural hematoma in infants. *Amer. J. Dis. Child.*, 1930, **39**, 980-1021.
192. SHULMAN (K.), RANSOHOFF (J.). — Subdural hematoma in children. The fate of children with retained membranes. *J. Neurosurg.*, 1961, **18**, 175-181.
193. SILVER (H.K.), FINKELSTEIN (M.). — Deprivation dwarfism. *J. Pediat.*, 1967, **70**, 317-324.
194. SILVER (H.K.), KEMPE (C.H.). — The problem of parental criminal neglect and severe physical abuse of children. *Amer. J. Dis. Child.*, 1959, **98**, 528..
195. SILVERMAN (F.N.). — Roentgen manifestations of unrecognized skeletal trauma in infants. *Amer. J. Roentgenol.*, 1953, **69**, 413-417.
196. SMITH (H.). — Subdural lesions in childhood. *Advance. Pediat.*, 1956, **8**, 165-189.
197. SMITH (M.J.). — Subdural hematoma with multiple fracture case report. *Amer. J. Roentgenol.*, 1950, **63**, 342-344.
198. SNEDECOR (S.T.), SPENCER (T.), WILSON (H.B.). — Some obstetrical injuries to the long bones. *J. Bone Joint Surg.*, 1949, B.I.A., 378.
199. SNEDECOR (S.T.), KNAPP (R.E.), WILSON (H.B.). — Traumatic ossifwing periostitis of newborn. *Surg. Gynec. Obstet.*, 1935, **61**, 385-387.
200. SNEDEKER (L.). — Traumatization of children. *New Engl. J. Med.*, 1962, **267**, 572.
201. STRAUS (P.). — *L'hospitalisation des enfants*. Paris, Inst. nat. Hyg., 1961, 200 p. (Monographie de l'I.N.H., n° 23).
202. TARDIEU (A.). — Etude médico-légale sur les sévices et mauvais traitements exercés sur des enfants. *Ann. Hyg.*, 1860, **13**, 361.
203. TARDIEU (A.). — *Etude médico-légale sur les blessures*. Paris, J.-B. Baillière, 1879.
204. TESSE (F.). — Contribution à l'étude des hématomees sous-duraux associés à des fractures multiples chez le nourrisson, 45 p. dact. (*Thèse méd., Paris, 1954*).
205. The battered child syndrome (Editorial). *J. Amer. med. Assoc.*, 1962, **181**, 42.
206. THÉODORE (M.-C.). — Contribution à l'étude des hématomes sous-duraux associés à des fractures spontanées chez le nourrisson. 32 p. dact. (*Thèse méd., Paris, 1956*).
207. THOME-PATENOTRE (J.). — *Proposition de loi en vue de la défense de l'enfance martyre*. Texte dactylographié, avril 1966.
208. Unsuspected trauma (Editorial). *J. Amer. med. Assoc.*, 1961, **176**, 942.
209. Use the rod, spoil the child (Editorial). *Med. Wld. (N.Y.)*, 1961, **2**, 30.
210. VAILLAND (G.). — Le Juge des Enfants. *Revue de l'action populaire*, juin 1964, 711-722.
211. VEILLARD-CYBULSCY (H. et M.). — Le rôle du Juge des Enfants dans la protection de l'enfance et de l'adolescence. *C.I.E., Courrier*, 1962, **12**, 393-404.
212. VIMONT (C.). — Récentes améliorations apportées à la protection sociale de l'enfance. *Saur. Enf.*, 1959, 470-477.
213. VIVIER (R.). — *Proposition de loi visant à soumettre à des mesures de stérilisation les parents ayant commis des crimes ou des délits à l'égard de leurs enfants*. Texte dactylographié, 21 septembre 1966.

214. WESTON (W. J.), HUTT (L.). — Metaphysical fractures in infancy. *J. Bone Joint Surg.*, 1957, **39 B**, 694.
215. WILD. — Körperliche Misshandlungen von Kinder. Leipzig (*Thèse méd.*, Zurich, 1914).
216. Willful injuries to children. *What's new*, 1962, Summer, n° 228, 3.
217. WOOLEY (P. V.), EWANS (W. A.). — Significance of skeletal lesions in infants resembling these of traumatic origin. *J. Amer. med. Assoc.*, 1955, **158**, 539.
218. ZIEMKE (E.). — Über Kindermisshandlungen und ihre rechtliche und soziale Bedeutung. *Dtsch. Z. ges. gerichtl. Med.*, 1929, **13**, 156-176.  
(Bibliographie arrêtée au 1<sup>er</sup> juin 1967.)



| N° | Nom                    | Sexe | Fr-<br>a-<br>g-<br>e | E N F A N T                     |                                                  |                                                     | P E R E |                                                  |         | M E R E                       |         | Loge-ment                                    | DECISION<br>PARENTS                           |
|----|------------------------|------|----------------------|---------------------------------|--------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|---------|--------------------------------------------------|---------|-------------------------------|---------|----------------------------------------------|-----------------------------------------------|
|    |                        |      |                      | origine<br>et motif<br>hosp.    | Diagnostic                                       | Q I Décision                                        | âge     | Prof                                             | Al cool | Di-<br>vers                   | Al cool | DI-<br>vers                                  |                                               |
| 1  | AR. Jean-<br>Christian | ♂    | 3<br>ans             | 7<br>Convul-<br>sions           | -ecchymoses<br>-Hématome<br>sup.D<br>-fractures  | garde<br>d'une<br>tante                             |         |                                                  | ++      | In-<br>con-<br>duite          | ++      | Syphili-<br>con-<br>duite                    | Déché-<br>ance                                |
| 2  | AT. Hocine             | ♂    | 2<br>ans             | 4<br>dermatose                  | -ecchymoses<br>-brûlures                         |                                                     | 36      | chauf-<br>feur                                   |         | Al-<br>gè-<br>rien            | 28      | B.P. ai-<br>grié/audis                       |                                               |
| 3  | BAR. Tony              | ♂    | 5<br>mois            | 2<br>Coma                       | -Hématome<br>sp. D<br>-Fr.de côtes               | décéré-<br>bra-<br>tion                             | 23      |                                                  |         | B.K. Arré-<br>de tra-<br>vail | 23      | B.P.                                         | Para-<br>vane                                 |
| 4  | BAU. Michel            | ♂    | 2<br>ans             | 5<br>Gendar-<br>mes<br>Brûlures | - Brûlures                                       | Laissez à<br>la<br>famille                          | 34      | van-<br>nier                                     | ++      | Pau-<br>vre-<br>té            | 31      | Débi-<br>le                                  | Poulot-<br>te<br>N=15 j<br>sursis             |
| 5  | BEN.<br>François       | ♂    | 8<br>mois            | 2<br>Hémi-<br>parésie           | -Saleté +++<br>-Hématome<br>Sp. D<br>-ecchymoses | Retrait<br>du droit<br>de garde<br>à la<br>nourrice | 37      | anc.<br>légion-<br>naire                         |         | Con-<br>cu-<br>bi-<br>nage    | 20      |                                              | Sévice<br>dû à<br>une nour-<br>rice           |
| 6  | BER.<br>Joëlle         | ♀    | 3<br>ans             | 2<br>Fract. crâne               | -Fract.humé-<br>rus                              |                                                     | 31      | Prof.                                            |         | antill-<br>lais               | 26      | insti-<br>titu-<br>trici-<br>antill-<br>lais |                                               |
| 7  | BOI.<br>Christine      | ♀    | 2<br>ans             | 2<br>tribunal                   | -Saleté<br>-Encéphalo-<br>pathie                 | gros re-<br>jusqu'à<br>14 ans                       | 35      |                                                  | ++      | Aban-<br>don du<br>foyer      | 36      | Débi-<br>le pupil-<br>le                     | audis                                         |
| 8  | BOUJ.<br>Jacques       | ♂    | 18<br>mois           | 4<br>Hypotrophie                | -Rachitisme                                      | rendu à<br>la<br>famille                            | 26      |                                                  |         | Al-<br>gè-<br>rien            | 22      | Débi-<br>le lésé-<br>gère                    | Ass.<br>Préven-<br>tive                       |
| 9  | BOUQ.<br>Alain         | ♂    | 5<br>ans             | 5<br>Coma par<br>défenses       | Fractures du<br>crâne<br>lésion bas.<br>sin      | N repris<br>par son<br>père<br>réel                 |         | Père légal : BOUQ. Roger<br>Père réel : BEL. Ali | ++      |                               |         | in-<br>con-<br>dui-<br>te                    | Café<br>Assises<br>4 ans<br>prison            |
| 10 | CAR.<br>Michel         | ♂    | 8<br>mois            | 8<br>vomisse-<br>ments          | -Hématome<br>Sp.D.                               | N                                                   |         |                                                  |         |                               |         |                                              | Sévice<br>invol.<br>nonavoué<br>dû à nourrice |

| N° | Nom             | Sexe | Frage   | ENFANT                       |                                        |     |                             | PERE |                    |        |                 | MERE |        |                | Logement           | DECISION PARENTS        |
|----|-----------------|------|---------|------------------------------|----------------------------------------|-----|-----------------------------|------|--------------------|--------|-----------------|------|--------|----------------|--------------------|-------------------------|
|    |                 |      |         | origine et motif hosp.       | Diagnostic                             | Q I | Décision                    | Age  | Prof.              | Alcool | Di- vers        | Age  | Alcool | Santé          | Di- vers           |                         |
| 11 | CAL. Elisabeth  | ♀    | 8 mois  | voisins coma                 | ecchymoses Fractures Hématome, sp      |     | mort                        |      |                    |        |                 |      |        |                |                    |                         |
| 12 | CAL. Matteo     | ♂    | 8 mois  | voisins coups                | Fractures des 2 humérus                | N   | confié au père              | 32   | maçon              |        | Italien         | 30   |        |                | Italienne          | mère en prison          |
| 13 | CHA. Denis      | ♂    | 9 mois  | pyodermite                   | hypotrophie                            | N   |                             |      | manoeuvre          |        |                 |      |        | débutée légère |                    | ASS. Préventive         |
| 14 | CHA. Didier     | ♂    | 4 ans   | hypotrophie                  | hypotrophie rachitisme ++              | N   |                             | 33   |                    |        |                 |      |        |                |                    |                         |
| 15 | CHT. Fabrice    | ♂    | 2 mois  | hosp. à la suite d'une chute | ecchymoses fract. crâne fract. diaphys |     | confié aux gds parents      | 26   | peintre            |        |                 | 21   |        | débutée        | Adoptive           | "coup de malchance ?"   |
| 16 | CHI. Nicole     | ♀    | 1 an    | A. Sociale de séquestration  | hypotrophie ++                         |     | en cible (ancêtre mûruré)   | 40   | manoeuvre          | ++     | viét            | 42   | ++     |                | très sale          | ASS. éducative          |
| 17 | CHO. Patrick    | ♂    | 2 ans   | gastro-entérite              | ecchymoses perte de poids              |     |                             | 54   | menuisier          |        | Allemand        | 36   |        | B.P.           |                    | Sévières dus au père    |
| 18 | COU. Ginella    | ♀    | 5 ans   | démence anorexie             | encéphalopathie                        | 50  | retraité jusqu'à 15 ans     | 35   | mari- nier         |        | concu bin       | 34   |        |                |                    | péniche                 |
| 19 | DESI. Dominique | ♀    | 5 ans   | A. Sociale ecchymoses        | ecchymoses                             | 50  | confié aux gds parents      | 32   |                    | +++    | trou- bles      | 30   | +++    | trou- bles     |                    | mère en cause           |
| 20 | DESS. Alain     | ♂    | 3 ans   | encéphalopathie              | ecchymoses brûlures                    | N   | retraité plac. en nourrice  | 34   | manoeuvre          |        |                 | 31   |        |                |                    |                         |
| 21 | DO. Michel      | ♂    | 18 mois | encéphalopathie              | ecchymoses retard                      | ψ   | retraité enfant cible       | 37   | ouv. métal- lurgie |        | Nord Afri- cain | 20   |        |                | Luxem- bour- geois | en cours                |
| 22 | DU. Brigitte    | ♀    | 4 ans   | hémiplé- gie cérébrale       | ecchymoses                             | N   | cible an- née à une parente |      |                    |        | ins- ta- ble    |      |        |                | divor- cée         | pas de suite judiciaire |

| N° | Nom                 | Sexe | Pré-<br>et<br>âge<br>trier | E N F A N T                       |                                |            | P E R E                      |     |                      | M E R E    |                                    |            | Loge<br>ment               | DECISION<br>PARENTS                                 |                  |
|----|---------------------|------|----------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|------------|------------------------------|-----|----------------------|------------|------------------------------------|------------|----------------------------|-----------------------------------------------------|------------------|
|    |                     |      |                            | origine<br>et motif<br>hosp.      | Diagnostic                     | Q I        | Décision                     | âge | Prof.                | Al<br>cool | D1<br>Santé                        | Al<br>cool |                            |                                                     | D1<br>Santé      |
| 23 | FA.<br>Alain        | ♂    | 6<br>ans                   |                                   | Hypotrophie<br>rachitisme      | N          | Retrait                      |     | ouv.<br>pape<br>tier | ++         | en ins<br>tance<br>de di-<br>vorce | ++         | incon<br>duite             |                                                     |                  |
| 24 | FE.<br>Pascale      | ♀    | 10<br>mois                 | signes<br>neurolo-<br>giques      | mbes fract.<br>1/2 plégie      |            | confié<br>aux gds<br>parents | 24  |                      |            |                                    | 24         | BK                         | Père =<br>7 ans<br>prison                           |                  |
| 25 | FOU.<br>M.Christine | ♀    | 3a.                        | brûlures                          | brûlures                       | N          | placem.<br>tempor.           |     |                      | ++         |                                    |            |                            |                                                     |                  |
| 26 | FRA.<br>Martine     | ♀    | 2<br>ans                   | hématomes<br>cutanés<br>spontanés | ecchymoses<br>Hme sp D         |            | Reprise<br>par la<br>mère    |     | pas de père          |            |                                    | 22         | célib                      | n'a ja-<br>mais<br>avoué                            |                  |
| 27 | GA.<br>Jean         | ♂    | 16<br>mois                 | Saleté++<br>Déshydra-<br>tation   | Hypotrophie                    |            | Retrait                      | 32  | manoeu<br>vre        |            |                                    | 19         | débile                     | taudis                                              |                  |
| 28 | GEL.<br>Noël        | ♂    | 6<br>ans                   | Coups                             | manque de<br>soins             |            | Retrait                      | 34  | aide<br>maçon        | +++        | ins vio<br>ta lent<br>ble          | 33         | débile fai<br>ble          | Père :<br>1° 2 ans<br>sursis<br>2° 4 mois<br>prison |                  |
| 29 | GER.<br>M.Christine | ♀    | 13<br>mois                 | Rachitisme<br>cachexie            | Hématome<br>sp D               | retrd<br>ψ | enf cible                    | 28  | maçon                |            |                                    | 25         | bonné                      |                                                     |                  |
| 30 | GRA.<br>Pascal      | ♂    | 3<br>ans                   | ecchymo-<br>ses                   | écchymoses<br>énurésie         | N          | Retrait                      |     |                      | ++         |                                    |            | débile or-<br>phe-<br>line | en cours                                            |                  |
| 31 | GRE.<br>Raymond     | ♂    | mois<br>16                 | impotenc                          | fract.<br>ecchymoses           | ψ          | Retrait<br>puis<br>rendu     | 40  | inva-<br>lide        |            | vio-<br>lent                       | 37         | +++                        | aband.<br>de plus<br>enfants                        |                  |
| 32 | GUZ.<br>Christian   | ♂    | 4<br>ans                   | ecchymoses                        | ecchymoses                     |            | Retrait                      |     |                      |            |                                    |            |                            |                                                     |                  |
| 33 | GUZ.<br>M.Thérèse   | ♀    | 5<br>ans                   | Coups<br>brûlures<br>fract.nez    | Coups<br>brûlures<br>fract.nez |            | Retrait                      | 44  | mineur               | ++         | vio-<br>lent                       | 33         |                            | bru-<br>tale                                        | mère<br>inculpée |
| 34 | GUZ.<br>Astrid      | ♀    | 6<br>ans                   | fract.nez<br>et main              | fract.nez<br>et main           |            | Retrait<br>Cible             |     |                      |            |                                    |            |                            |                                                     |                  |

| N° | Nom             | Sexe | Âge     | Fraternité | ENFANT                  |                                |     | PERE                              |                   |        | MERE              |                        |               | Logement PARENTS                         |
|----|-----------------|------|---------|------------|-------------------------|--------------------------------|-----|-----------------------------------|-------------------|--------|-------------------|------------------------|---------------|------------------------------------------|
|    |                 |      |         |            | origine et motif hosp.  | Diagnostic                     | Q I | Décision                          | Prof.             | Alcool | Div.              | ALcool                 | Di Santé      |                                          |
| 35 | JAC. Marcel     | ♂    | 6 ans   | 3          | saleté amaigrissement   | hypotrophie rachitisme         |     | Placement                         | pas de père       |        |                   | 26                     | débi le       | insalubre                                |
| 36 | JAN. Jocelyne   | ♀    | 4 ans   | 8          | echy-moses              | hématomes de la face alopecie  | 70  | retrait) jusqu'à 15a enfant chlé  | 29 mari-nier      |        |                   | 29                     |               | mère en cause péniche                    |
| 37 | JAN. Christiane | ♀    | 4 ans   | 8          | echy-moses              | ostéite de la voute du crâne   | 50  | retrait jusqu'à 15 ans            |                   |        |                   |                        |               |                                          |
| 38 | KA. Patricia    | ♀    | 5 ans   | 2          |                         | brûlure des doigts             |     | confié aux gds parents            | 25                | ++     | vidant parents    | en instance de divorce |               | père : 5 ans de prison                   |
| 39 | KNE. Thérèse    | ♀    | 23 mois | 3          | echymo-ses, convulsions | Hématome sp D                  |     | Place-ment puis rendu             | 23 manoeuvr       |        | instable          | 25                     |               | père en cause                            |
| 40 | IA. Béatrice    | ♀    | 4 ans   | 6          | Plainte voisins         | Blessures multiples            |     | Retrait                           | 45 machiste       | ++     | vindictif         | 33                     | débi le       |                                          |
| 41 | IEF. Françoise  | ♀    | 3 ans   | 4          | AS.tribunal. echy-moses | Ragades                        |     | Retrait Cible                     | 32                | +++    | brutal            | 30                     | débi le       | tutelle aux A.F. 4 enf. fus déjà retirés |
| 42 | LEG. Corinne    | ♀    | 2 ans   | 3          | Hop.BAR le DUC          | echy-moses fract. Hme sp D     |     | confié à la mère mais désin-térêt | 29 élec-tricien   |        |                   | 25                     | B.P. divorcée |                                          |
| 43 | LO. Paul        | ♂    | 3 ans   | 5          |                         | echy-moses multiples           |     | abandon)                          |                   | ++dèle |                   |                        |               |                                          |
| 44 | LO. René        | ♂    | 5 mois  | 5          |                         | abandonné phys. et morallement |     | retrait)                          | concubin          |        | repris de justice |                        | débi le       | 2 enf. morts ?                           |
| 45 | MAD. Pierre     | ♂    | 2 ans   | 4          | rachitisme              | griffures                      |     | rendu                             |                   |        |                   |                        |               |                                          |
| 46 | MAD. Christian  | ♂    | 4 ans   | 4          | rachitisme              | lésions surinfectées           |     | en nourrice puis rendu            | 47 prépa-rateur ? |        |                   | 30                     |               | insalubre                                |

| N° | Nom              | Sexe | âge     | Fract. et motif hosp. | E N F A N T                       |                                         |                         | P E R E                                                  |                 |                | M E R E                          |    |     | Loge PARENTS                                           | DECISION PARENTS |                                               |
|----|------------------|------|---------|-----------------------|-----------------------------------|-----------------------------------------|-------------------------|----------------------------------------------------------|-----------------|----------------|----------------------------------|----|-----|--------------------------------------------------------|------------------|-----------------------------------------------|
|    |                  |      |         |                       | origine                           | Diagnostic                              | Q I                     | Décision                                                 | âge             | Prof.          | Al. Santé                        | D1 | âge |                                                        |                  | Al. Santé                                     |
| 47 | MAG. Alain       | ♂    | 5 ans   | 7                     | echymoses<br>brûlures<br>cachexie | echysomes<br>brûlures<br>cachexie       | Retrait<br>Cible        |                                                          |                 | +++            | Concubina<br>ge                  | 25 | ++  | aigrie                                                 |                  | Relaxe de la mère                             |
| 48 | MARI. Philippe   | ♂    | 2 ans   | 8                     | HteMarne<br>poly fract.           | Fract. mult.<br>Fract. nez              |                         |                                                          | Café Invalide ? |                |                                  |    |     |                                                        |                  | père : 5 ans de prison<br>mère : 2 ans sursis |
| 49 | MARQ. Chantal    | ♀    | 6 ans   | 8                     |                                   | plaie orbit.<br>Fract. nez              |                         | 34                                                       | ouv.            | ++             | a été vio<br>désirent<br>toxique | 31 |     | d'sin<br>téré                                          |                  | Relaxe du père                                |
| 50 | MAU. Julien      | ♂    | 22 mois | 4                     | Vosges<br>vomissements            | hématomes<br>excoriations<br>ecchymoses | mort                    | 31                                                       | CHAUffeur       |                | concubinage ?                    | 27 |     |                                                        |                  | taudis                                        |
| 51 | MEG. Fatima      | ♀    | 2 ans   | 5                     | Meuse<br>rachitisme               | ecchymoses<br>anc. fract.<br>du fémur   | placem<br>3 mois        | 30                                                       | manoeuvre       |                | Nord Afr.                        |    |     | Nord Afr.                                              |                  | enquête sociale<br>bonne ??                   |
| 52 | MEN. Françoise   | ♀    | 3 ans   | 5                     | HteMarne<br>cachexie              | hématomes<br>cachexie<br>Fr. du nez     | retard<br>nourrice<br>ψ | 30                                                       | Agric.          | +++ débl<br>le |                                  | 30 | ++  | débl<br>le                                             |                  | Tutelle<br>aux A F<br>ancienne<br>en cours    |
| 53 | MOR. Alain       | ♂    | 10 mois | 2                     |                                   | Hme sp D G<br>fract. huméus             |                         |                                                          |                 |                |                                  |    |     |                                                        |                  | enquête sociale<br>bonne ??                   |
| 54 | MOU. J. François | ♂    | 4 ans   | 2(?)                  | Vosges= AS<br>Tribunal            | ecchymoses<br>(martinet)                | N                       | Placement                                                | ouvrier         |                |                                  |    |     |                                                        |                  |                                               |
| 55 | OS. Yvette       | ♀    | 6 ans   | 2                     | ecchymoses                        | ecchymoses                              | N                       | Rendue<br>malgré<br>avis défavorable<br>des psychologues |                 |                | vio<br>lent<br>sérieux           |    |     | ancien ser-<br>ne pu veuse<br>pille de bar<br>remariée |                  |                                               |

| N° | Nom            | Sexe | Fraternité | ENFANT                 |                          |                                    | PERE                            |     |                       | MERE   |       |            | Logement                 | DECISION PARENTS                      |
|----|----------------|------|------------|------------------------|--------------------------|------------------------------------|---------------------------------|-----|-----------------------|--------|-------|------------|--------------------------|---------------------------------------|
|    |                |      |            | Origine et motif hosp. | Diagnostic               | QI                                 | Décision                        | Age | Prof.                 | Alcool | Santé | Di         |                          |                                       |
| 56 | PAQ. Eric      | ♂    | 1 mois     | 1                      | Pneumonie                | Staphylopleur. pulm. plaies du nez | mort                            | 24  | Chauffeur             |        | ++    | 18         | serv. bar                | mère : 1 an avec sursis               |
| 57 | PAR. Joël      | ♂    | 1 an       | 8                      | Convulsions              | Hme sp D Dt                        | retrait puis rendus             | 49  | peintre               | +++    |       | 33         | infective sèche souillon |                                       |
| 58 | PAR. Flore     | ♀    | 20 mois    | 8                      | impotente                | fract. fémur remontant à 2 jours   |                                 |     |                       |        |       |            |                          |                                       |
| 59 | PAS. Chantal   | ♀    | 3 ans 6    | 3                      | marques cutanées         | griffures tuméfactions du crâne    | enfant légitimé ?               | 30  | manoeuvre anc. milit. | ++     |       | 29         | (Famille He l'obs 75)    | père : 6 mois prison                  |
| 60 | PIN. Olivier   | ♂    | 1 an       | 4                      | plaie de la lèvre        | -fract. fémur D                    | Laissés à la famille            |     | Ouvrier boulanger     |        |       |            | effond. nerveux          | pas de suites                         |
| 61 | PIN. Didier    | ♂    | 1 an       | 4                      | ecchymose                | -Hme sp D bilat. ecchymoses        |                                 |     |                       |        |       |            |                          | mère : 1 an prison avec sursis        |
| 62 | QUI. J. Claude | ♂    | 2 ans      | 4                      | médecin traitant         | tentative section luet et verge    | N confié à l'aide sociale cible |     |                       |        |       | 32         |                          |                                       |
| 63 | RI. Corinne    | ♀    | 1 an       | 8                      | Moselle S. neurologiques | ecchymoses fract. tibia            |                                 | 33  |                       |        |       |            |                          |                                       |
| 64 | RO. Rosetta    | ♀    | 10 mois    | 2                      | Moselle                  | Hme sp D ecchymoses fr. crâne      | pas de retrait                  | 24  | peintre               |        |       | italien 18 | Hôtel meublé             | La mère accuse un hosp. péri-phérique |
| 65 | SI. Bruno      | ♂    | 5 mois     | 1                      | lésions du siège         | érythème fessier                   | laissé à la mère                |     | inconnu               |        |       | 20         | employée de maison fugue | mère : 4 mois prison sursis           |
| 66 | SCH. Philippe  | ♂    | 5 ans      | 2                      | Saleté repoussée         | ecchymoses cicatrices              | N retrait en nourrice           |     | inconnu               |        |       | 31         | concubinage              | concupin : 6 mois prison              |

| N° | Nom              | Sexe | Age                 | Fraté-<br>rité | ENFANT                                                                |                           |                               |                                   | PERE |                |                                     | MERE                   |     |        | Logement<br>DECISION<br>PARENTS            |                                                                   |
|----|------------------|------|---------------------|----------------|-----------------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|------|----------------|-------------------------------------|------------------------|-----|--------|--------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
|    |                  |      |                     |                | origine<br>et motif<br>hosp.                                          | Diagnostic                | QI                            | Décision                          | Age  | Prof.          | Alcool                              | Di-<br>vers            | Age | Alcool |                                            | Santé                                                             |
| 68 | TAM.<br>Régine   | ♀    | 4<br>ans            | 7              | impoten-<br>ce                                                        | fract.coude<br>ecchymoses |                               | rendue à<br>la famil.<br>le cible |      |                |                                     |                        | 20  |        |                                            |                                                                   |
| 69 | TIG.<br>Malika   | ♀    | 2<br>ans            | 2              | Hte Marnecicatrices<br>s.neurolloedème des<br>mains<br>fract.clavicle |                           |                               |                                   | 50   |                |                                     |                        | 32  |        | Nord<br>Afr.                               |                                                                   |
| 70 | THI.<br>J.Pierre | ♂    | 2<br>ans            | 3              | sur la<br>plainte<br>de la<br>mère                                    | coups<br>de<br>ceinturon  |                               | restent<br>en<br>famille          | 22   | ++             | Concubinage<br>puis<br>légitimation |                        |     |        | Anc.<br>pupille                            | père: 3 mois<br>+ 1/2 av.sursis<br>mise à l'é-<br>preuve de 3 ans |
| 71 | TRÉ.<br>Henri    | ♂    | 11<br>ans<br>except | 3              | dénonciat.alopécie<br>anonyme                                         | ecchymoses                | retard<br>ψ                   |                                   | 41   | maçon          | ++                                  | vio Ital.<br>lent lien | 40  |        | marâtre<br>Ital.<br>mère: 3 mois<br>sursis | père: 1 mois<br>sursis<br>mère: 3 mois<br>sursis                  |
| 72 | VAU.<br>Pascal   | ♂    | 6<br>ans            | 5              | troubles ψ<br>encoprésié                                              |                           | N<br>troub.<br>réac-<br>tions | cible                             |      |                |                                     | dur<br>agres-<br>sif   |     |        | f mille<br>incompétente                    |                                                                   |
| 73 | VER.<br>Didier   | ♂    | 2<br>ans            | 4              | As.Social<br>le-Coups                                                 | ecchymoses<br>alopécie    | retard<br>ψ                   | abandon                           |      | inconnu        |                                     |                        | 32  |        | fme<br>ménage                              |                                                                   |
| 74 | VER.<br>Michel   | ♂    | 15<br>mois          | 4              | coups                                                                 | hypotrophie<br>hématomes  | retard<br>ψ                   | abandon                           |      |                |                                     |                        |     |        |                                            |                                                                   |
| 75 | VI.<br>Pascal    | ♂    | 2<br>ans            | 2              | med.trait.<br>hypotro-<br>phie                                        | ecchymoses<br>orfne       | N                             | placement<br>en nour-<br>rice     | 23   | plom<br>bier   |                                     |                        | 22  |        |                                            |                                                                   |
| 76 | VO.<br>Francis   | ♂    | 5<br>ans            | 4              | dénonciat<br>soeur af-<br>née                                         | brûlure                   |                               | assist.<br>éducat.                |      | fr' en<br>cier | ++                                  | pauvre<br>té           |     |        | instable<br>inconduite                     | père :<br>relaxe                                                  |
| 77 | WA.<br>Noël      | ♂    | 3<br>ans            |                |                                                                       | ecchymoses<br>hématomes   | 80                            | abandon                           |      | manoeu-<br>vre | +++                                 | violent<br>Beau-Père   |     | débile | B.Père 1 an<br>prison al.sursis            |                                                                   |
| 78 | WE.<br>Henri     | ♂    | 5<br>ans            | 7              | Coma                                                                  | hémorragie<br>méningée    |                               | plact en<br>nourrice              |      |                | ++                                  | débile                 |     |        | B.K. cruel<br>le                           | Déché<br>péni-<br>che                                             |
| 79 | WI.<br>Catherine | ♀    | 18<br>mois          | 7              | rachitis<br>me                                                        | rachitisme<br>ostéotomie  |                               | retrait                           | 33   |                | ++                                  |                        | 30  | ++     | débile anc.<br>pupille                     |                                                                   |

Vu,  
Nancy, le 26-4-1967,  
*Le Président de la thèse,*  
signé :  
le Professeur NEIMANN.

Vu et approuvé,  
Nancy, le 26-4-1967.  
*Le Doyen,*  
signé :  
le Professeur BEAU.

Vu et permis d'imprimer, Nancy, le 28-4-1967.

*Le Recteur de l'Académie,*  
*Président du Conseil de l'Université :*  
signé : P. IMBS.

## *Table des matières*

---

|                                                                    |    |
|--------------------------------------------------------------------|----|
| HISTORIQUE .....                                                   | 1  |
| DÉFINITION ET LIMITES .....                                        | 9  |
| I. Enfants en cause .....                                          | 9  |
| II. Relation avec l'auteur du sévice .....                         | 10 |
| III. Les sévices .....                                             | 10 |
| a) Nature .....                                                    | 10 |
| b) Caractère .....                                                 | 14 |
| c) Fréquence .....                                                 | 17 |
| d) Intention .....                                                 | 18 |
| ASPECTS MÉDICAUX .....                                             | 19 |
| <i>Introduction</i> .....                                          | 19 |
| <i>Analyse</i> .....                                               | 25 |
| I. Aspect de l'enfant .....                                        | 25 |
| II. Lésions des téguments .....                                    | 29 |
| III. Les fractures .....                                           | 38 |
| IV. Les épanchements sous-duraux .....                             | 49 |
| V. Autres traumatismes et troubles associés .....                  | 55 |
| <i>Synthèse</i> .....                                              | 60 |
| I. Dissémination des lésions .....                                 | 60 |
| II. Difficulté du diagnostic .....                                 | 63 |
| ASPECTS PSYCHOLOGIQUES ET SOCIAUX .....                            | 65 |
| I. <i>Caractéristiques psychologiques de l'enfant maltraité</i> .. | 65 |
| a) Etat physique et mental .....                                   | 65 |

|                                                                       |     |
|-----------------------------------------------------------------------|-----|
| 1° Débilité mentale .....                                             | 66  |
| 2° Troubles du comportement .....                                     | 70  |
| 3° Enurésie .....                                                     | 72  |
| 4° Infirmités sensorielles et motrices .....                          | 73  |
| b) Situation socio-juridique .....                                    | 74  |
| Situation juridique .....                                             | 74  |
| Enfant séparé de sa mère .....                                        | 76  |
| c) Enfant cible .....                                                 | 80  |
| Motivations particulières .....                                       | 81  |
| Conduite à tenir .....                                                | 84  |
| II. Contexte psycho-social des inculpés .....                         | 85  |
| a) Antécédents sociaux .....                                          | 86  |
| b) Conditions familiales .....                                        | 87  |
| c) Santé mentale .....                                                | 88  |
| d) Milieu socio-professionnel .....                                   | 91  |
| SYNTHÈSE DES ASPECTS MÉDICO-SOCIAUX ET APPROCHE DES MOTIVATIONS ..... | 95  |
| ASPECTS JURIDIQUES .....                                              | 99  |
| I. Organisation actuelle .....                                        | 99  |
| a) Les textes .....                                                   | 99  |
| b) Les autorités compétentes .....                                    | 100 |
| c) Moyens d'action .....                                              | 101 |
| II. Intervention de la justice .....                                  | 103 |
| a) Déclenchement de l'enquête .....                                   | 103 |
| 1° Les personnes qui interviennent .....                              | 104 |
| 2° Les éléments .....                                                 | 109 |
| 3° Les causes d'intervention tardive .....                            | 110 |
| b) Qui est saisi ? .....                                              | 114 |
| c) Qui statue ? .....                                                 | 117 |
| III. Conséquences .....                                               | 119 |
| a) Concernant l'enfant .....                                          | 119 |
| b) Concernant les coupables .....                                     | 123 |
| IV. Législation comparée .....                                        | 133 |
| SYNTHÈSE ET PERSPECTIVES .....                                        | 139 |
| <i>Les aspects actuels</i> .....                                      | 139 |
| I. Mauvaise détection des sévices .....                               | 140 |
| II. Négligence des facteurs psycho-sociaux .....                      | 140 |
| III. Mauvaise coordination des services sociaux .....                 | 141 |
| IV. Législation mal appliquée .....                                   | 142 |
| <i>La prévention</i> .....                                            | 143 |

|                                                       |     |
|-------------------------------------------------------|-----|
| I. Prise de conscience communautaire .....            | 144 |
| II. Effort éducatif .....                             | 145 |
| III. Amélioration des conditions de vie .....         | 148 |
| IV. Surveillance sanitaire de l'enfant .....          | 150 |
| V. Rénovation et extension des services sociaux ..... | 151 |
| CONCLUSIONS .....                                     | 155 |
| BIBLIOGRAPHIE .....                                   | 157 |
| <i>Addendum</i> : Observations cliniques .....        | 169 |

Printed in France

IMPRIMERIE R. VANÇON

77, rue du Cardinal-Lemoine

PARIS (5<sup>e</sup>)

N° 248

4-7-68

Dépôt légal : 3<sup>e</sup> Trimestre 1968



